

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00307 vom 19. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00307](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00307)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00307 du 19 mai 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00307 del 19 maggio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

1.2. 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 entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit

dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.4 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 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.5 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma 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 Arbeits- beziehungsweise 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).

1.6 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.7 Die

1.7.1 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).

Die für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.7.2 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 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

1.7.3 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 Eindrücklichkeit 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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 z.B. 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 mÄglichlicherweise die psychisch bedingte ErwerbsunfÄhigkeit mitbegÄnstigt haben kÄnnten (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).

1.8ÄÄÄÄÄÄÄ Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht fÄr die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berÄcksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen ZusammenhÄnge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begrÄndet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1ÄÄÄÄ Die Beschwerdegegnerin begrÄndete die Leistungseinstellung per 31. Januar 2008 damit, dass die von der BeschwerdefÄhrerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden auf keinem objektivierbaren organischen Substrat, welches auf den Unfall vom 13. Januar 2004 zurÄckzufÄhren sei, beruhten (Urk. 2 S. 4 ff.). Davon, dass sich die BeschwerdefÄhrerin beim Unfall eine mindestens im Grenzbereich zwischen einer commotio cerebri und contusio cerebri liegende HirnerschÄtterung zugezogen hÄtte, sei nicht auszugehen. Ferner sei auch zu keiner Zeit ein Schleudertrauma oder ein Äquivalente Verletzung diagnostiziert worden. Daher finde die Schleudertrauma-Rechtsprechung keine Anwendung (Urk. 2 S. 8). Was schliesslich die psychische Symptomatik betreffe, stehe diese in keinem adÄquaten Kausalzusammenhang zum als mittelschwer zu qualifizierenden Unfall (Urk. 2 S. 8 ff.).

2.2ÄÄÄÄÄÄÄ DemgegenÄber stelle sich die BeschwerdefÄhrerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die geklagten Beschwerden organischen Ursprungs seien. GemÄss Prof. Z.\_\_\_\_ sei der HWK C3 durch den Unfall geschÄdigt worden, was zur Zervikalgie gefÄhrt habe. Da die Ärzte, auf deren Berichte die Beschwerdegegnerin abgestellt habe, keine Spezialisten in Sachen Unfallmechanik seien, kÄnne die Beurteilung von Prof. Z.\_\_\_\_ nicht unberÄcksichtigt bleiben. Daher sei die Angelegenheit nochmals durch einen Obergutachter zu ÄberprÄfen. Die vor dem Unfall bestehenden RÄckenbeschwerden seien zumindest mitkausal fÄr die persistierenden Nackenschmerzen. Ferner sei darauf hinzuweisen, dass die BeschwerdefÄhrerin mit dem Kopf auf den Boden einer geteerten Strasse aufgeschlagen habe. Dies stelle ein massives Ereignis dar. Auch wenn sich die BeschwerdefÄhrerin nicht bereits im Rahmen der Erstbehandlung im Spital V.\_\_\_\_ Äber SchwindelanfÄlle beklagt habe, erscheine ein solcher Aufprall dennoch geeignet, nachhaltige Kopfschmerzen zu verursachen oder zu verstÄrken. Im Äbrigen sei nach den neuesten Ergebnissen in der Hirnforschung davon auszugehen, dass persistierende Schmerzen nach einigen Jahren zu einer irreversiblen VerÄnderung der Hirnstruktur fÄhrten, weshalb die Unterscheidung "organisch" und "psychisch" in der Rechtsprechung hÄchst problematisch sei. Daher sei davon auszugehen, dass der Unfall vom Januar 2004 eine adÄquat kausale Teilursache fÄr die persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen der BeschwerdefÄhrerin seien. Deshalb werde auch eine neue neurologische Untersuchung beantragt.

## E. 3

3.1. Der erstbehandelnde Arzt des Spitals V.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom Tag des Unfalles, 13. Januar 2004, bis 22. Januar 2004 hospitalisiert war, stellte im Austrittsbericht vom 29. Januar 2004 (Urk. 6/28) die Diagnose einer Tibiaplateau-Fraktur rechts und einer Nasenbeinfraktur sowie je einer Kontusion des Gesichts frontal rechts, des Thorax' ventro-lateral rechts, des Ellbogen rechts, des Beckens rechts und des rechten Unterschenkels. Die Beschwerdeführerin könne sich an das Unfallgeschehen erinnern, sei nicht bewusstlos gewesen, habe keine Bewusstlosigkeit verspürt und habe sich auch nicht erbrechen müssen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Status nach einem Schleudertrauma vor circa 20 Jahren mit aktuell chronischen Rückenschmerzen. Die am Unfalltag erstellten Röntgenaufnahmen des Schädels hätten keine Kalotten- und auch keine Jochbogenfraktur gezeigt, die Nasennebenhöhlen seien normal belüftet gewesen. Hingegen habe sich eine Fraktur der Nasenbeinspitze gefunden, mit nur geringer Kompression. Die Aufnahmen der HWS und der BWS, des Brustkorbes und des Beckens hätten keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen ergeben. Das betroffene Knie werde konservativ mit Ruhigstellung behandelt. Die Beschwerdeführerin habe eine Klett-Schiene für das rechte Knie erhalten. Zudem werde sie physiotherapeutisch mobilisiert. Wegen thorakaler Schmerzen sei dies vor allem zu Beginn recht schwierig gewesen. Unter adäquater Analgesie sei es jedoch zunehmend besser gegangen. So habe die Beschwerdeführerin am 22. Januar 2004 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Die Beschwerdeführerin sei bis zum 27. Februar 2004, das heisst bis zur radiologischen Kontrolle bei Dr. L.\_\_\_\_, vollständig arbeitsunfähig.

3.2. Anlässlich der Untersuchung durch Prof. Z.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2004 (Urk. 6/10) hat die Beschwerdeführerin über rezidivierende Zervikalgien mit Beteiligung von Schwindelattacken, Ohrensausen und Augenflimmern sowie Sehstörungen geklagt. Bei der neurologischen Untersuchung habe er eine schmerzhaft bewegliche HWS mit Druck- und Klopfschmerzen im Bereich C3/C4 festgestellt. Das funktionelle Röntgen der HWS habe eine deutlich instabile Subluxation, welche die Ursache der jetzigen Beschwerden sei, gezeigt.

3.3. Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht über seine Untersuchung vom 31. August 2004 (Urk. 6/42) aus, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über in die Schultergelenke hin ausstrahlende Nackenschmerzen und Schwindelbeschwerden geklagt habe. Die Knieverletzung sei ausgeheilt. Dazu führte Dr. A.\_\_\_\_ erläuternd aus, die Beschwerdeführerin leide an einem Zervikalsyndrom nach Spondylodese der HWK C4 bis C6 im November 2002 und erneuter Traumatisierung anlässlich des Unfalles vom 13. Januar 2004. Seitens der damals erlittenen Frakturen und Kontusionen sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei. Sollte die HWS durch den Unfall zusätzlich traumatisiert worden sein, müsse es sich wahrscheinlich infolge Kopfanpralls um ein indirektes HWS-Trauma gehandelt haben. In der klinischen Untersuchung finde man die Zeichen eines Zervikalsyndroms mit deutlicher Einschränkung der globalen aktiven HWS-Beweglichkeit ohne Zeichen eines radikulären Reiz- und Ausfallsyndroms. Eine Indikation zu einer Ausweitung der Spondylodese auf das Segment C3/C4 sehe er nicht. Vielmehr sei er der Meinung, dass zunächst die konservativen und symptomatischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden sollten. Zur Beurteilung der Segmentbeweglichkeit C3/C4 rate er zu einer passiven bzw. gehaltenen HWS-Funktionsaufnahme. Zur Beurteilung der Unfallkausalität müsse er das vollständige Röntgendossier einsehen. Zur

Arbeitsfähigkeit sei zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin - abgesehen von den paar Tagen vor dem Unfall, an denen sie mit einem 50%-Pensum arbeitsfähig gewesen sei - seit fast zwei Jahren ausgesetzt habe. Ein halbtagiger Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit mache keinen Sinn, nachdem die Beschwerdeführerin gesagt habe, dass sie einen solchen aufgrund ihrer Erfahrungen mit Haushaltsarbeiten schmerzbedingt nicht tolerieren würde. Bei einer der Beeinträchtigung angepassten Arbeit müsste es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit handeln, die nicht verbunden wäre mit dem Heben und Herumtragen schwerer Gewichte, und müsste zudem wechselbelastend sein, bei der die Körperhaltung in regelmäßigen Abständen variiert werden könnte. In welchem Umfang eine solche Tätigkeit der Beschwerdeführerin zumutbar wäre, liess Dr. A. \_\_\_ offen. Eine therapeutische Alternative zu einem Arbeitsversuch wäre noch eine Intensivierung der Rehabilitationsbemühungen im Rahmen einer trainingsorientierten stationären Therapie als Vorbereitung zur Wiederaufnahme der Arbeit.

3.4 In seiner Stellungnahme vom 17. September 2004 (Urk. 6/46) hat Kreisarzt Dr. A. \_\_\_ ausgeführt, dass sich anhand der Funktionsaufnahmen vom 6. Februar und 28. Mai 2004 im Segment C3/C4 zwar eine etwas vermehrte Translation in der Reklinationsaufnahme zeige. Die Segmentbeweglichkeit betrage aber etwa 16° bis 17° bei einem Normwert von 17°, was die Indikation zur Spondylodese in Frage stelle. Im Vergleich zu den Aufnahmen vor der Spondylodese am 14. Oktober 2002 zeigten die aktuellen Funktionsaufnahmen schon eine etwas vermehrte Translation auf dieser Höhe, jedoch habe sich die Segmentbeweglichkeit bereits schon damals etwa in diesem Rahmen (15°) bewegt. Diese Veränderung sei noch erklärbar mit den neuen funktionellen Gegebenheiten nach der Spondylodese. Die Aufnahmen zeigten ferner seit dem Unfall auch keine überproportionale Segmentdegeneration auf dieser Höhe, was auf eine dauernde und richtungsweisende Verschädigung hinweisen würde. Anlässlich des Spitalaufenthaltes nach dem Unfall sei im übrigen keine Verletzung der HWS festgestellt worden. Aufgrund des Vergleiches der Röntgenbilder sei prima vista eine dauernde und richtungsweisende Verschlimmerung wahrscheinlich nicht anzunehmen.

3.5 Dr. B. \_\_\_ beurteilte die Situation bei der Beschwerdeführerin in seinem Bericht an Prof. Z. \_\_\_ vom 30. September 2004 (Urk. 6/61) dahingehend, dass bei der Beschwerdeführerin eine epifusionelle reaktive Mehrbelastung von C3/C4 und von C6/C7 nach einer ACIF C4/C6 aus dem Jahre 2002 vorliege. Ferner ging er von einer posttraumatischen Exazerbation nach dem Unfall vom 13. Januar 2004 aus. Die vorliegenden HWS-Funktionsaufnahmen zeigten eine seitlich stabile Spondylodese C4-C6. Die Stellung und das Alignment seien recht gut erhalten. Epifusionell proximal und distal bestehe eine reaktive Mehrbeweglichkeit. Diese sei etwas akzentuiert im Bereich C3/C4 mit leichter Stufenbildung bei forcierter Reklination. Die Bewegungsabläufe seien kongruent, die kleinen Wirbelgelenke machten einen soweit intakten Eindruck, was insgesamt gegen weitere stabilisierende operative Massnahmen spreche.

3.6 Aus dem Austrittsbericht der Ärzte der Klinik Q. \_\_\_ vom 25. April 2005 (Urk. 6/97) gehen folgende Diagnosen hervor:

"St. n. Autoselbstunfall 1976 mit/bei - Anamnestisch ohne Bewusstseinsstörung, kein zervikozephalisches Schmerzsyndrom St. n. Spondylodese HWK4/5 und HWK5/6 bei degenerativer Diskopathie 11/02 mit/bei -"

Zerviko-brachio-zepalem Schmerzsyndrom seit 1997  
Anamnestisch sensomotorischem Ausfallsyndrom beider Arme  
rechtsbetont ohne sicherer Zuordnung zu einem Dermatome oder  
peripheren Nerv - konsekutive Hypermobilität im Segment  
HWK3/4

St. n. lumbaler Dekompression 06/03 mit/bei  
Lumboradikulärem Reizsyndrom am ehesten dem Dermatome L5  
rechts entsprechend, regredient Symptomexazerbation im Rahmen  
einer Ureterenerweiterung und Katheterschienung 11/03  
St. na. TÄffunfall am 13.01.04 mit/bei -  
Commotio cerebri - Kontusion des Gesichtes frontal rechts  
- Nasenbeinfraktur - Tibiaplateaufaktur  
rechts - Thorax-Kontusion ventrolateral rechts  
- Ellenbogenkontusion rechts - Beckenkontusion  
rechts - Kontusion des rechten Unterschenkels  
- V.a. Contusio labyrinthi bei Labyrinthuntererregbarkeit links  
- Exazerbation des vorbestehenden zephalo-zerviko-brachialen  
Schmerzsyndroms Chronifiziertes multiÄtiologisches (s.o.)  
Schmerzsyndrom mit V.a. Ä SomatisierungsstÄrung  
Ä Ängstlich depressive Stimmungslage Ä Unkorrigierte Hyperopie und  
Astigmatismus, gut korrigierte Presbyopie".

Dazu fÄhrten sie erÄuterd aus, dass sie als Ursache des  
subjektiven Beschwerdebildes mit zephalo-zerviko-brachialen Schmerzen,  
SchwÄrchegefÄhl in den Armen und kognitiven Defiziten sowie Schwindelsensationen  
von einer multifaktoriellen Genese ausgingen. BezÄglich des Schmerzsyndroms spielten  
Ätiologisch degenerative HWS-VerÄnderungen bei einem Status nach einer  
Spondylodese HWK4/5 und HWK5/6 vom November 2002 und aktuell konsekutiver  
HypermobilitÄt im Segment HWK3/4 eine Rolle. Klinisch neurologisch hÄtten sich  
keine Hinweise auf eine Nervenwurzel- und/oder Myelonkompression als mÄgliche  
somatische Schmerzursache ergeben. Das subjektive MÄdigkeitsgefÄhl in den Armen  
sei nicht zu objektivieren gewesen. Der Unfall mit SchÄdelhirntrauma vom 13. Januar  
2004, welcher zu einer Exazerbation des Schmerzsyndroms gefÄhrt habe, kÄnne bei  
fehlenden traumatischen VerÄnderungen im MRI der HWS vom 10. August 2004 (Klinik  
K.\_\_\_\_) nicht als direkt ursÄchlich angesehen werden. Dies zumal eine reaktive  
HypermobilitÄt benachbarter vertebraler Segmente nach Spondylodese ein bekanntes  
PhÄnomen sei. Ob das Ausmass der HypermobilitÄt eine operative Korrektur nahe lege,  
entziehe sich ihrer Kompetenz. Eine allÄllige Operationsindikation mÄsste  
neurochirurgisch festgelegt werden. Angesichts des langen Krankheitsverlaufes mit  
Anzeichen einer Ängstlich depressiven Stimmung in der psychologischen Exploration (bei  
Austritt normalisiert) sei sicherlich auch wesentlich von einem chronifizierten  
Schmerzsyndrom im Sinne der SomatisierungsstÄrung auszugehen. Dabei interpretierten  
sie den Unfall als destabilisierenden Faktor des chronischen Schmerzsyndroms. Die  
leichten GedÄchtnisstÄrungen, welche in der neuropsychologischen Testung festgestellt  
worden seien, interpretierten sie am ehesten als Folge der psychischen Problematik. Einen  
Zusammenhang mit dem als Commotio cerebri beurteilten SchÄdelhirntrauma vom 13.  
Januar 2004 sei in erster Linie ebenfalls als Destabilisierungsfaktor zu sehen. Allerdings sei

keine zerebrale Bildgebung zur Beantwortung der Frage nach strukturellen, posttraumatischen Affektionen durchgeführt worden. Die Schwindelsymptome, die sich erstmals nach dem Unfall vom 13. Januar 2004 manifestierten und initial als Drehschwindel, aktuell eher als "Schwarz werden vor Augen" beschrieben worden seien, seien bei nachgewiesener Labyrinthuntererregbarkeit links als Folge einer möglichen Contusio labyrinthi im Rahmen des Schädelhirntraumas vom 13. Januar 2004 bei noch ungenügender zentraler Kompensation zu erklären. Eine pathologische Orthostasereaktion als weiterer möglicher ätiologischer Faktor habe sich nicht gefunden. Ein verstärktes Erleben des Schwindels im Kontext des chronifizierten Schmerzsyndroms sei dagegen ohne Weiteres denkbar. Die Beschwerdeführerin habe in allen Therapien motiviert mitgearbeitet. In diesem Rahmen hätten ihr die Ideen der Aktivierung und der Perspektivenverlagerung vom primären Wunsch nach Beschwerdefreiheit hin zum adäquaten Umgang mit den Beschwerden in einem aktiven Alltag vermittelt werden können. In Therapien, bei denen sowohl aktivierende wie auch muskeltonusregulierende und entspannende Massnahmen durchgeführt worden seien, sei es zu einer Verbesserung der HWS-Beweglichkeit gekommen. Sehr nahe nach dem Klinikaustritt sei ein Arbeitsversuch im Umfang von 30 % mit rascher Steigerung auf 50 % möglich. Langfristig sei auch eine über 50 % liegende Arbeitsfähigkeit realisierbar und anzustreben. Zu denken sei an Büroarbeiten mit leichten körperlichen Wechselbelastungen (Stehen, Sitzen, Laufen) bei gut strukturierter Aufgabenstellung und Pausenstruktur.

3.7 Die Experten des SIVM, Dr. med. I. \_\_\_ MBA, Facharzt für Neurochirurgie FMH, Executive MBA Hochschule O. \_\_\_, und Dr. med. N. \_\_\_, Neurologe, M. \_\_\_ University, School of Medicine, stellten in ihrem Akten-Gutachten vom 25. Oktober 2005 (Urk. 6/108) im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie die Ärzte der Klinik Q. \_\_\_ (Urk. 6/97). Explizit führten sie darin jedoch aus, dass der Unfall bei der Beschwerdeführerin kein Schädelhirntrauma und keine milde traumatische Hirnverletzung verursacht habe. Gemäss Kreisarztbericht habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 31. August 2004 bloss noch über gegen die Schultergelenke hin ausstrahlende Nackenschmerzen geklagt. Die Knieverletzung sei ausgeheilt gewesen. Zur Erklärung des Schmerzsyndroms gebe es keine organischen Befunde. Die von Prof. Z. \_\_\_ postulierte Hypermobilität im Segment C3/C4 sei im Rahmen der Norm. Wann die beklagte Zervikobrachialgie aufgetreten sei, sei aus den Akten nicht ersichtlich. Im ausführlichen Austrittsbericht des Spital V. \_\_\_s stehe kein Wort über HWS-Beschwerden. Erst am 6. April 2004 berichte Prof. Z. \_\_\_ von einer Konsultation, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin über rezidivierende Zervikalgien mit Beteiligung von Schwindelattacken, Ohrensausen und Augenflimmern sowie Sehstörungen geklagt habe.

Die Kreisärztin Dr. A. \_\_\_ habe den Verdacht auf eine erneute Traumatisierung der HWS durch den Unfall vom 13. Januar 2004 aufgrund eines Vergleiches der alten mit neuen Röntgenbilder relativiert und sei zum Schluss gekommen, dass eine dauernde und richtungsweisende Verschlimmerung nicht zumindest mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne. Ferner enthalte auch der Bericht des Spitals V. \_\_\_ keinen Hinweis auf eine Verletzung der HWS, und es seien darin auch keine HWS-Beschwerden dokumentiert worden. In diesem Sinne ständen diese Beschwerden höchstens möglich mit dem Unfallereignis vom 13. Januar 2004 in einem natürlichen Kausalzusammenhang. Möglich sei auch eine Folge des Zustandes nach Spondylodese

C3/C4 und C4/C5 infolge degenerativer Diskopathie vom November 2002. Beim anlässlich des Aufenthaltes in der Klinik Q.\_\_\_\_ festgestellten Beschwerdebild mit ziehenden Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Oberarme beidseits mittig rechtsbetont, drückende holokranielle Kopfschmerzen, zum Teil Unterkieferschmerzen mit Ausstrahlung in die Augenregion, Schwindelsymptomatik im Sinne von "Schwarz werden vor den Augen", Müdigkeitsgefühl in beiden Armen und kognitiven Beeinträchtigung sei an eine Symptomausweitung im Sinne einer Somatisierungsstörung bei ängstlich depressiver Stimmungslage zu denken. Daher würden sie eine psychiatrische Exploration vorschlagen. Eine Indikation zur Ausweitung der Spondylodese auf das Segment C3/C4 sei nicht gegeben, weil kein pathologischer Befund vorliege. Ferner sei bei Verdacht auf eine Contusio labyrinthi eine neuro-otologische Untersuchung angezeigt.

3.8. Im neurootologischen Gutachten vom 24. März 2006 (Urk. 6/124) hat Dr. C.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatisch verstärkte Migräne bei bekannter Migräne, einen Status nach einer Spondylodese C3/C4 und C4/C5 bei degenerativer Diskopathie vom November 2002 bei damals bestehendem zerviko-brachiozephallem Schmerzsyndrom oder Migräne zervikal, einen Status nach einer lumbalen Dekompression im Juni 2003 bei lumbo-radikulärem Reizsyndrom am ehesten dem Dermatome L5 rechts entsprechend, regredient, einen Status nach Unfall am 13. Januar 2004 mit Schädeltrauma, Gesichtskontusion frontal rechts, Nasenbeinfraktur, Tibiaplateaufraktur rechts und weiteren Kontusionen, keine Commotio cerebri und einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und ängstlich depressiver Stimmungslage diagnostiziert. Dazu führte er erläuternd aus, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome (eher leichter chronischer Nackenschmerz mit anfallsartigen, mittelstarken bis starken Schmerzattacken, welche in den Kopf, die Arme und die Brust ausstrahlten, im Schmerzcharakter pulsierend mit Lichtempfindlichkeit, durch Stress und körperliche Belastung auslösbar) erfüllten die Kriterien einer Migräne gemäss der Klassifikation der international headache society. Im Weiteren schliesse er sich der Auffassung des SUVA-Kreisarztes und des Neurochirurgen Dr. B.\_\_\_\_ sowie den Gutachtern I.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ an, wonach es sich bei den radiologisch gefundenen Gefässstörungen der HWS um eine kompensatorische Hypermobilität der Nachbarsegmente bei Status nach einer Spondylodese handelt. Er sei der Meinung, dass bereits schon vor der Spondylodese eine sogenannte Migräne zervikal vorgelegen habe, welche offenbar durch schmerzhafte Verschiebungen der HWS-Segmente getriggert worden sei, was die postoperative Besserung erkläre. Durch den erneuten Unfall sei wahrscheinlich die Migräne als posttraumatische Migräne verstärkt worden. Diese Verstärkung sei als unfallbedingt anzusehen. Eine Schwindelsymptomatik im Sinne eines vestibulären Schwindels mit Bewegungsempfindung sei nicht festzustellen. Die Untersuchungsbefunde zeigten eine noch seitengleiche kalorische Erregbarkeit, wobei das linke Z.\_\_\_\_r mit 24 % grenzwertig schwächer reagiere als das rechte. Die subjektive, visuelle Vertikale sei nicht verkippt, und die vestibulär-evozierten myogenen Potenziale, welche einen Sakkulusreflex repräsentieren, seien seitengleich unauffällig. Beim klinischen Kopfpulstest seien bei Drehungen nach links kleine Korrektursakkaden aufgefallen, welche ebenfalls mit einer leichten Unterfunktion des linken horizontalen Bogenganges vereinbar seien. Eine quantitative Bestimmung des Kopfpulstestes sei aufgrund der HWS-Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen. Aufgrund dieser grenzwertigen oder geringen Auffälligkeiten könne eine Contusio

labyrinthis links nicht sicher ausgeschlossen werden. Die klinische Symptomatik spreche jedoch gegen eine akute vestibuläre Schädigung. Die mögliche Schädigung sei bei fehlendem Kopfschüttelnystagmus und fehlenden Beschwerden für einen typischen Belastungsschwindel auch klinisch nicht relevant. Die kurzdauernden Unsicherheitsgefühle und das Schwarzwerden vor den Augen seien eher im Zusammenhang mit den durch Kopfbewegungen provozierbaren, heftigen Schmerzen und als im Rahmen einer schmerzinduzierten, vegetativen Reaktion mit orthostatischer Dysregulation zu sehen. Mit einer Behandlung des Schmerzsyndroms würden höchstwahrscheinlich auch die Schwindelbeschwerden sistieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Verstärkung der vorbestehenden Migräne durch den Unfall sei überwiegender wahrscheinlich. Die noch vorhandenen Beeinträchtigungen seien nur im Sinne einer Teilursache auf den Unfall zurückzuführen, da gleichwertige Beschwerden, wenn auch in abgeschwächter Form, bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Ferner wirkten auch unfallfremde Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der derzeitigen gesundheitlichen Stellung mit. Diese seien die bekannte Migräne und die Somatisierungsstörung. Bei der Migräne handle es sich um eine unfallfremde Ursache, die auch ohne den Unfall bereits zu einer Gesundheitsstörung geführt habe. Die Somatisierungsstörung wäre wahrscheinlich ohne den Unfall nicht aufgetreten. Von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Dies insbesondere deshalb, weil bis jetzt noch keine konsequente Schmerz- und Migränetherapie stattgefunden habe. Auch von einer begleitenden Psychotherapie sei eine namhafte Besserung des Zustandes zu erwarten. Für eine erfolgreiche Schmerz- und Migränetherapie sowie psychische Behandlung müsse ein Zeitraum von mindestens drei bis sechs Monaten veranschlagt werden. In dieser Zeit seien körperlich anstrengende Tätigkeiten mit Heben von Lasten über fünf Kilogramm zu unterlassen, ausserdem sollten ausreichend Pausen eingelegt werden. Die unfallfremden Ursachen der Arbeitsunfähigkeit schätze er auf 60 %.

3.9 Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2006 (Urk. 6/125) hat Dr. D. festgehalten, dass die neurootologischen Untersuchungsergebnisse im Wesentlichen normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem widerspiegeln. Eine Contusio labyrinthi links sei höchstens möglich, aber nicht wahrscheinlich. Die subjektiven Schwindelbeschwerden ständen mit Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit den Schmerzen. Deshalb sei eine intensive migräneprophylaktische Therapie zum Beispiel mit Triptanen empfehlenswert. Insbesondere sei der Hinweis von Bedeutung, dass von einer weiteren ärztlichen Behandlung doch noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Aus rein oto-rhino-laryngologischer (ORL) Sicht seien keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen notwendig.

3.10 Ä Ä Dres. F. und G. diagnostizierten in ihrem Bericht über die Erstkonsultation in der Sprechstunde für allgemeine Neurologie des Spital P. vom 26. Januar 2007 bei der Beschwerdeführerin ein chronisches zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom, regredient, bei einem Status nach einem Schädelhirntrauma vom Januar 2004, einem Status nach einer Spondylodese C3/C4 und C4/C5 bei degenerativer Diskopathie mit zervikobrachialem Schmerzsyndrom November 2002 und einem Status nach einer lumbalen Kompression bei lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts im Juni 2003 und eine Migräne ohne Aura (Urk. 6/144). Dazu führten die Ärzte im

Weiteren aus, dass aktuell bei der Beschwerdeführerin klinisch nur ein leichtgradiger Befund mit wenig Hartspann der Nackenmuskulatur bei fast uneingeschränkter HWS-Beweglichkeit vorhanden sei. Der übrige neurologische Status sei unauffällig. Zur Therapie des mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms seien neben kräftigender Physiotherapie auch muskelrelaxierende und schmerzdistanzierende medikamentöse Ansätze sinnvoll. Unterstützend könne auch eine psychologisch/psychiatrische Betreuung erfolgen.

3.11 Gemäss Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 6. Juli 2007 (Urk. 6/150) leidet die Beschwerdeführerin an einem chronischen zerviko-zephalen Schmerzsyndrom bei Status nach Trauma vom Januar 2004 und einer Spondylodese. Der Verlauf sei stationär und die Beschwerdeführerin habe immer wieder rezidivierende starke Schmerzen. Gegenwärtig werde die Beschwerdeführerin mit Physiotherapie behandelt. Unfallfremde Faktoren würden keine Rolle spielen. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 20 bis 30 % arbeitsfähig.

#### **E. 4**

4.1 Aus den Akten ergibt sich und ist zwischen den Parteien unbestritten, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 13. Januar 2004 eine Fraktur der Tibia rechts und der Nasenbeinspitze sowie Kontusionen auf der ganzen rechten Körperseite (Gesicht, Thorax, Ellbogen, Becken und Unterschenkel) zugezogen hat (Urk. 6/28 und Urk. 6/30). Die Frakturen und die Kontusionen sind per 31. August 2004 folgenlos abgeheilt (Urk. 6/42). Jedoch verblieben gegen die Schultern ausstrahlende Nackenschmerzen mit Schwindelattacken, Ohrensausen und Augenflimmern sowie Sehstörungen (Urk. 6/10, Urk. 6/42, Urk. 6/97, Urk. 6/108, Urk. 6/124), worüber die Beschwerdeführerin erstmals gegenüber Prof. Z. \_\_\_ am 6. Februar 2004 geklagt hatte (Urk. 6/10). Dass die Beschwerdeführerin beim Unfall eine Commotio cerebri erlitten haben soll, ergibt sich nicht aus den Akten. Eine solche wurde einzig und erstmals im Bericht der Klinik Q. \_\_\_ vom 25. April 2005 (Urk. 6/97) erwähnt. Weder die Ärzte des Spitals V. \_\_\_ (Urk. 6/28) noch die die Beschwerdeführerin begutachtenden und behandelnden medizinischen Fachleute stellten je eine solche Diagnose (Urk. 6/108 und Urk. 6/124). Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten des Spitals V. \_\_\_ nicht angegeben hat, dass sie eine Erinnerungslücke oder Bewusstlosigkeit erlitten hätte, und sich dem entsprechenden Bericht auch nicht entnehmen lässt, dass ihr nach dem Unfall bel gewesen wäre oder sie sich erbrochen hätte, und sie ferner einen Wert von 15 auf der Glasgow Coma Scale (GCS) erreichte (Urk. 6/28), lagen mithin am Unfalltag keine Zeichen eines Schädelhirntraumas, unter welchen Begriff auch eine Commotio cerebri fällt, vor (vgl. Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes vom 11. August 2008 in Sachen W., 8C\_369/2008 Erw. 7.1 mit Hinweis). Vor diesem Hintergrund ist eine solche Verletzung denn auch auszuschliessen. Angesichts der Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde", wonach die ersten Aussagen unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Angaben, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 47 Erw. 2a mit Hinweisen), müssen die Angaben der Beschwerdeführerin, welche diese gegenüber den Ärzten der Klinik Q. \_\_\_ in diesem Zusammenhang gemacht hat (Urk. 6/97 S. 4), unberücksichtigt bleiben. Im Weiteren wurde auch eine contusio labyrinthi mit überzeugender Begründung verneint (Urk. 6/124 und Urk. 6/125).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Ausnahme des behandelnden Neurochirurgen, Prof. Z.\_\_\_\_, ist keiner der die Beschwerdeführerin begutachtenden Ärzte der Ansicht, dass das chronische zerviko-zephalische Schmerzsyndrom organischen Ursprungs sei. So stellten die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spital P.\_\_\_\_ anlässlich ihrer Untersuchung vom 26. Januar 2007 eine kaum mehr eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und einen nur leichten Hartspann der Nackenmuskulatur mit jedoch schmerzhaften Triggerpunkten an Kopf, Hals und Schulter fest (Urk. 6/144). Gemäss hÄhchstrichterlicher Rechtsprechung handelt es sich bei diesen Befunden um keine objektiv ausgewiesene Unfallfolgen. So sind Untersuchungs-Ergebnisse nur dann objektivierbar, wenn sie reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind, sie mithin mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können. Entsprechend sind Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 20. August 2008 in Sachen M., 8C\_33/2008, Erw. 5.1). Selbst wenn die im Segment C3/C4 vorhandene Hypermobilität als organisches Substrat zu betrachten wäre, ist der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 13. Januar 2004 entgegen der Ansicht von Prof. Z.\_\_\_\_ zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beweisregel "post hoc propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) im Sinne der natürlichen Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung der Wirbelsäule bis zum Unfall schmerzfrei war, ist unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, sofern der Unfall keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat (SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, U 290/06). Letzteres trifft hier zu. Bereits im Spital V.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin noch am Unfalltag eingewiesen wurde, konnte keine Verletzung der HWS festgestellt werden (Urk. 6/28 und Urk. 6/46). Auf den am 13. Januar 2004 durchgeführten Röntgenaufnahmen zeigten sich bloss eine Streckhaltung der mittleren HWS bei einem Status nach Spondylodese zwischen C4/C6, jedoch keine frischen ossären Läsionen (Urk. 6/28). Angesichts dieses Umstandes erscheinen die übereinstimmenden Einschätzungen von Dr. B.\_\_\_\_ sowie der Ärzte der Klinik Q.\_\_\_\_, wonach es sich bei der Hypermobilität der Segmente C3/C4 um eine Reaktion auf die Spondylodese C4/C6 (Urk. 6/61 und Urk. 6/97) und damit um eine degenerative Veränderung handelt, nachvollziehbar. Da sich die Hypermobilität gemäss Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ und der Gutachter des SIVM zudem nach wie vor im Rahmen der Norm befindet und ferner keine überproportionale Segmentdegeneration, wie dies bei einer unfallbedingten dauernden und richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden krankhaften Situation an der HWS der Beschwerdeführerin der Fall wäre, vorhanden ist (Urk. 6/46 und Urk. 6/108), ist mit diesen Ärzten nicht von einer unfallbedingten richtunggebenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes auszugehen (Urk. 6/46 und Urk. 6/108). Zur Klärung der Frage, ob sich die Beschwerdeführerin durch den Unfall am 13. Januar 2004 eine Rückenverletzung zugezogen hat, ist daher kein Obergutachten einzuholen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Konsultation vom 26. Januar 2007 der Beschwerdeführerin in der Sprechstunde für allgemeine Neurologie der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spital P.\_\_\_\_ erwähnte die Beschwerdeführerin unter anderem, bei starken Nackenschmerzen komme es auch zu

einer Schmerzausstrahlung in den Kopf, ansonsten habe sie aber kaum je Kopfschmerzen. Die Migräne, unter der sie früher gelitten habe, sei aktuell kein Problem (Urk. 6/144 S. 2). Die Beschwerdeführerin hat sich denn auch, mit Ausnahme von Physiotherapie, keiner der von den Ärzten des Spital P.\_\_\_\_ empfohlenen (schmerz-)therapeutischen Massnahmen (siehe Urk. 6/144 S. 1) unterzogen (Urk. 6/146, Urk. 6/150 und Urk. 6/155).

Vor diesem Hintergrund ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin über den 31. Januar 2008 hinaus als Folge des Unfalls vom 13. Januar 2004 an organisch hinreichend nachweisbaren Beschwerden litt. In Bezug auf die körperlichen Unfallfolgen ist die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 1. Februar 2008 demnach nicht zu beanstanden.

4.2 Es ergibt sich aus den Akten und ist zwischen den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin durch die Ereignisse vom 13. Januar 2004 kein Schleudertrauma der HWS erlitten hat. Ferner steht - wie bereits dargelegt (vgl. Erw. 4.1) - fest, dass sie auch keine äquivalente Verletzung - namentlich kein Schädelhirntrauma - erlitten hat. Daher sind zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges von organisch nicht nachweisbaren und damit allfälligen psychischen Beschwerden die von der Rechtsprechung in BGE 115 V 133 Erw. 6 S. 138 ff. entwickelten Grundsätze heranzuziehen.

Sämtliche der die Beschwerdeführerin begutachtenden Ärzten haben einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bei ängstlich depressiver Stimmungslage (Urk. 6/97, Urk. 6/108, Urk. 6/124) diagnostiziert. Auch hielten die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spital P.\_\_\_\_ eine psychologisch/psychiatrische Betreuung für empfehlenswert (Urk. 6/144). Angesichts des Ergebnisses der nachfolgend vorzunehmenden Adäquanzprüfung kann offen bleiben, ob bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine solche Störung, die zum Unfall vom 13. Januar 2004 natürlich kausal ist, vorliegt.

#### 4.3

4.3.1 Über das Unfallereignis ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin am 13. Januar 2004 als Fussgängerin beim Überqueren des Fussgängerstreifens von einem Automobil zunächst der Vortritt gelassen wurde, sie jedoch hernach mit einem herannahenden Motorroller kollidiert und circa zwanzig Meter weiter unten auf der Strasse zu liegen gekommen ist (Urk. 6/7 und Urk. 2). Die Beschwerdegegnerin hat das Unfallgeschehen als mittelschweren Unfall qualifiziert. Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf sowie angesichts des Umstandes, dass das Bundesgericht einen Geschehensablauf, bei dem die versicherte Person aufgrund einer Streifkollision mit einem nach rechts abbiegenden Personenwagen vom Fahrrad stürzte und mit der linken Kopfseite auf dem Asphalt aufschlug, als leichteren Fall im mittleren Bereich eingestuft hat (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [heute: Bundesgericht] in Sachen S. vom 16. Dezember 2005, U 294/05, Erw. 3.3), ist dies nicht zu beanstanden und wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

Von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140), müssten demnach für eine Bejahung des adäquaten



sowie Psychotherapie (Urk. 6/124) und hielten die Ärzte des Spital P.\_\_\_\_ im Januar 2007 Physio- und eine begleitende Psychotherapie nach wie vor für sinnvoll (Urk. 6/144). Der behandelnde Arzt Prof. Z.\_\_\_\_ war mit solchen Massnahmen jedoch nicht einverstanden (Urk. 6/137), weshalb die Beschwerdeführerin keine der vorgeschlagenen Therapien aufgenommen hat (Urk. 6/135). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin vom 12. September 2006 stehe sie im Spital V.\_\_\_\_ in Behandlung. Sie werde mit Fango und Massagen therapiert (Urk. 6/133). Erst nachdem der Beschwerdeführerin am 4. Oktober 2006 der Fallabschluss in Aussicht gestellt worden war (Urk. 6/135), begann sie Anfang des Jahres 2007 mit Physiotherapie (Urk. 6/142 und Urk. 6/150). Selbst wenn die Ärzte die Beschwerdeführerin seit Austritt aus der Klinik Q.\_\_\_\_ im April 2005 und auch noch im Rahmen der Begutachtung vom März 2006 für therapiebedürftig hielten, hat diese erst im Januar 2007 wieder eine physiotherapeutische Behandlung aufgenommen (Urk. 6/144 und Urk. 6/150). Nur schon aus diesem Grund kann nicht von einer ungewöhnlich langen Behandlungsdauer die Rede sein, weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

4.3.6 Anhaltspunkte für einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind ebenfalls nicht ersichtlich, bedarf es hierzu doch besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Folglich ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt.

4.3.7 Zwar klagte die Beschwerdeführerin seit dem Unfall über persistierende Schmerzen. Aufgrund der medizinischen Akten ist jedoch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass diese bereits kurze Zeit nach dem Unfall entweder degenerativ bedingt oder psychischer Natur waren (vgl. Austrittsbericht der Ärzte der Klinik Q.\_\_\_\_ vom 25. April 2005 [Urk. 6/97]). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mögen zwar vorhanden sein, werden aber nicht durch unfallbedingte somatische Körperschäden, sondern vielmehr durch degenerative Veränderungen und/oder die psychische Fehlentwicklung begründet und durch diese aufrechterhalten. Das Kriterium der Dauerschmerzen ist daher vorliegend ebenfalls nicht erfüllt. Selbst wenn man hinsichtlich der von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierten posttraumatisch verstärkten Migräne von einem somatischen Leiden ausginge, hat die Beschwerdeführerin die ihr in diesem Zusammenhang empfohlene Therapie nicht aufgenommen, weshalb diesbezüglich nicht von einer erheblichen Beschwerdesituation ausgegangen werden kann (vgl. Erw. 4.1 hiervor).

4.3.8 Zu beurteilen sind schliesslich Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass die Beschwerdeführerin seit der im November 2002 durchgeführten Spondylodese als Glasbläserin höchstens noch zu 50 % arbeitsfähig war (Urk. 6/92).

Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ hielt die Beschwerdeführerin im August 2004 in einer leidensangepassten Tätigkeit versuchsweise arbeitsfähig (Urk. 6/42), und die Ärzte der Klinik Q.\_\_\_\_ gingen bei Klinik Austritt im April 2005 davon aus, dass der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 30%, welches rasch auf 50 % zu steigern sei, zumutbar sei (Urk. 6/97). Dr. C.\_\_\_\_ schätzte die unfallfremden Ursachen der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 60 %, mithin ging er im März 2006 von einer höchstens 40%igen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit aus, dies jedoch in der Annahme, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch weitere ärztliche Behandlungen namhaft verbessert werden könne (Urk. 6/124).

Da sich das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544) und die Beschwerdeführerin bereits schon im Zeitpunkt des Unfalls wegen vorbestehenden Beeinträchtigungen nicht mehr voll arbeitsfähig war, kann das Kriterium "Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" nicht als erfüllt betrachtet werden.

4.4 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Folgen des Unfalles der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2004 ab 1. Februar 2008 zu Recht eingestellt. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler
  - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
  - 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.