

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00309 vom 7. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00309

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00309 du 7 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00309 del 7 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Rahmen der Replik vom 11. Mai 2009 beantragte die Beschwerdeführerin, es sei vom Gericht gestützt auf Art. 6 EMRK eine Öffentliche Verhandlung durchzuführen (Urk. 18 S. 2 Mitte).

1.2 Zu dem von der Beschwerdeführerin gestellten Begehren um Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung (Urk. 18 S. 2) ist festzuhalten, dass die Verpflichtung zur Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung nicht absolut gilt.

Die EMRK selber sieht in Satz 2 von Art. 6 Ziff. 1 gewisse, hier indessen nicht näher interessierende Ausnahmen vom Grundsatz der Öffentlichkeit des Verfahrens vor. Darüber hinaus kann auch im erstinstanzlichen Gerichtsverfahren selbst dann, wenn die berechtigte Person nicht auf eine Öffentliche Verhandlung verzichtet hat - insbesondere wenn sie einen ausdrücklichen Antrag auf Durchführung einer solchen gestellt hat -, bei Vorliegen besonderer Umstände von der Durchführung einer mündlichen Verhandlung abgesehen werden. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts stellen folgende Situationen besondere Umstände dar, unter denen im erstinstanzlichen Sozialversicherungsprozess trotz Nichterfüllung der im zweiten Satz von Art. 6 Ziff. 1 EMRK aufgezählten Ausnahmetatbestände und trotz Vorliegens eines Gesuchs um Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung von der Anordnung einer solchen abgesehen werden kann: Der Antrag wurde nicht frühzeitig genug gestellt; der Antrag erscheint als schikanös oder lässt auf eine Verzögerungstaktik schliessen und läuft damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwider oder ist gar rechtsmissbräuchlich; es lässt sich auch ohne Öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist; es steht eine Materie hochtechnischen Charakters zur Diskussion; das Gericht gelangt auch ohne Öffentliche Verhandlung schon allein auf Grund der Akten zum Schluss, dass dem materiellen Rechtsbegehren der die Verhandlung beantragenden Partei zu entsprechen ist. Zugunsten der Durchführung einer mündlichen Verhandlung fällt demgegenüber ins Gewicht, wenn eine solche geeignet ist, zur Klärung allfälliger noch streitiger Punkte beizutragen. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) sind besondere Umstände der genannten Art ferner namentlich zu bejahen, wenn keine Tat- oder Rechtsfragen zu beurteilen sind, die auf Grund der Akten nicht adäquat beantwortet werden können, oder sich ausschliesslich rechtliche Fragen stellen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 28. Dezember 2005, B 41/04, Erw. 3.2.1, mit Hinweisen).

Das Bundesgericht hat in seiner Rechtsprechung sodann festgehalten, dass ein Verzicht auf eine Öffentliche Verhandlung nicht zu beanstanden ist, wenn die Beurteilung des umstrittenen Sachverhaltes nicht vom persönlichen Eindruck der Partei, sondern angesichts der sich stellenden medizinischen Fragen in erster Linie von den Akten abhängt (Urteil des Bundesgerichts i.S. B. vom 14. Januar 2008, 9C_175/2007, Erw. 2.2).

1.3 Vorliegend hat die Beschwerdeführerin das Begehren um Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung nicht bereits in ihrer Beschwerde, sondern erst mit Replik vom 11. Mai 2009 (Urk. 18) gestellt. Der Antrag wurde sodann mit keinem Wort begründet und es wurden auch keine Ausführungen gemacht, inwiefern eine Öffentliche Verhandlung der Rechtsfindung dienlich sein könnte. Mit Einreichung des von der Beschwerdeführerin eingeholten Gutachtens der B. (Eingabe vom 30. September 2009, Urk. 25) wurde der entsprechende Antrag nicht erneut gestellt.

Aufgrund dieses Verfahrensablaufs steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin in einem doppelten Schriftenwechsel umfassend äussern konnte und überdies - unaufgefordert - ein Parteigutachten ins Recht legte. Damit konnte sie ihren Standpunkt rechtsgenügend darlegen. Da die Prozessleitung dem Gericht obliegt und ein doppelter Schriftenwechsel als genügend erachtet wurde, stand es der Beschwerdeführerin nicht frei, sich mittels eines entsprechenden Antrags im Rahmen der Replik das Recht auf eine dritte Stellungnahme zu sichern. Das Bundesgericht erachtet in seiner Rechtsprechung einen Antrag auf Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung im Rahmen des ordentlichen Schriftenwechsels wohl als rechtzeitig (Urteil i.S. A. vom 10. Januar 2008, 9C_52/2007 Erw. 2.1). Vorliegend aber waren die Beweismittel bereits genannt und eingereicht worden und bestand keine Veranlassung, nebst einer Replik noch separat eine Stellungnahme abzugeben.

In der Praxis wird sodann wohl von der Rechtzeitigkeit eines Antrages auf Öffentliche Verhandlung ausgegangen, wenn das Gericht zwecks Abklärung des Sachverhaltes ein fachärztliches Gutachten einholt und die Parteien bis zur abschliessenden Stellungnahme zum Beweisergebnis eine Öffentliche Verhandlung verlangen. Vorliegend ist die Sachlage aber derart, dass die Beschwerdeführerin selber nach doppeltem Schriftenwechsel ein Parteigutachten einreichte und in diesem Zusammenhang auf eine detaillierte Stellungnahme explizit verzichtete unter dem Hinweis, dass das Gericht das Gutachten zu studieren habe (Urk. 25 S. 1). Damit ist ohne weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr an der Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung festhalten wollte.

Schliesslich sind vorliegend keine Tat- oder Rechtsfragen zu beurteilen, die nicht bereits adäquat aufgrund der Akten beantwortet werden können. Im Gegenteil geben die medizinischen Akten hinreichend Aufschluss über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Die Kausalitätsfrage kann sodann rechtsgenügend gestützt auf die Akten beantwortet werden.

1.4 Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin kein Anrecht auf die Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung und auf dem entsprechenden Antrag auch gar nicht mehr beharrt hat, weshalb eine solche nicht durchzuführen ist.

2. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 18) sind die seitens der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten der Invalidenversicherung nicht aus dem Recht zu weisen. So ist der Bezug von IV-Akten durch den Unfallversicherer auch

im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zulässig, wie dies das Bundesgericht mit Urteil vom 11. Januar 2010 in Sachen S., vertreten durch den Rechtsanwalt der heutigen Beschwerdeführerin, gegen die heutige Beschwerdegegnerin explizit festgehalten hat (BGE 136 V 2). Des Weiteren besteht auch keine Veranlassung, das im Auftrag der Beschwerdeführerin erstellte polydisziplinäre Gutachten der B.____ (Urk. 26/1) aus dem Recht zu weisen (vgl. Urk. 30 S. 2). So hat das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen (vgl. nachfolgende Erwägung 3.4). Ferner erbringt sich die Herausgabe der Korrespondenz zwischen der Beschwerdeführerin und dem B.____, ist doch aus dem Gutachten ersichtlich, welche medizinischen Berichte den begutachtenden Ärzten vorlagen und welche Fragen ihnen gestellt wurden.

E. 3

3.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

3.2 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 entfielen (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).

3.3 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).

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 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). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw.

flüssigkeitsgefüllten Sinus maxillaris links und diskret im Sphenoid eine unauffällige Darstellung des Neurokraniums. Im HWS-Bereich zeigten sich degenerative Veränderungen in den Segmenten C4 bis und mit C7 mit dorsalen Diskusprotrusionen, angrenzenden Spondylosen und linksseitig leichtgradiger neuroforaminaler Enge, zurzeit ohne Nachweis einer Neurokompression oder Myelopathie. Nebenbefundlich wurde eine Blockwirbelbildung C2/C3 festgestellt (S. 2 Mitte).

4.5 Im Bericht des Kantonsspitals F.____ vom 28. März 2007 (Urk. 3/9) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 oben):

- zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei:
- Status nach HWS-Distorsion am 11. August 2006
- degenerativen Veränderungen C4 bis C7, Blockwirbel C2/3

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall einen Schlag am Hinterkopf und sofortige Schmerzen im Bereich des Hinterkopfes und oberen Nackenbereiches verspürt. In den nächsten drei Tagen hätten sich die Nacken- und Kopfschmerzen deutlich verstärkt. Vor allem bei Kopftrotationen habe sie einen Drehschwindel bemerkt. Nach drei Tagen sei ein Arztbesuch erfolgt (S. 1 Mitte).

Die weiterführenden neuroradiologischen Abklärungen hätten keine Wurzelkompression und auch keine Hinweise für eine intrazerebrale Blutung gezeigt. Zur Schmerzdistanzierung sei Remeron 50mg eingesetzt worden, wobei die Beschwerdeführerin diese Medikation wegen ausgeprägter Müdigkeit nach zwei Tagen sistiert habe. Bis anhin habe sie viermal die Wassergymnastik besucht, wobei es noch zu keiner Änderung der Schmerzsymptomatik gekommen sei (S. 2 Mitte). Am 30. April 2007 sei der Beschwerdeführerin weiterhin für beide Arbeitsstellen eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 2 unten).

4.6 Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, nannte im Bericht vom 18. Mai 2007 (Urk. 11/M8) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 11. August 2006 mit:
- in Chronifizierung begriffenem Zervikalsyndrom mit Nackenschmerzen, schmerzhaft eingeschränkter HWS-Beweglichkeit, zervikogenen Kopfschmerzen, Tinnitus und Trümmel- respektive Schwindelbeschwerden

Dr. A.____ gab an, es müsse von einer vorbestehenden Missbildung im Bereich der HWS mit zusätzlichen degenerativen Veränderungen ausgegangen werden. Sicher sei es durch den Unfall zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen; ob es sich um eine dauernde Verschlimmerung handle, könne noch nicht abschliessend beurteilt werden. Bei der klinischen Untersuchung habe sich eine stark eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit Schmerzangabe bei Rotation und insbesondere Reklination ergeben. Die klinisch neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Läsion zentraler oder peripher neurologischer Strukturen, insbesondere auch keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik, ergeben. Therapeutisch seien alle Massnahmen sinnvoll, die zu einer Verbesserung der schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit führen könnten. Dazu gehören sicher die mobilisierende Wassertherapie. Auch eine vorsichtig mobilisierende Physiotherapie

können hilfreich sein (S. 3 Mitte). Dass die Beschwerdeführerin die derzeit verordnete Arbeitsfähigkeit von 75 % erfüllt, sei erstaunlich. Eine Steigerung sei zur Zeit sicher nicht gegeben (S. 3 unten).

4.7. Im Bericht des Kantonsspitals F. ___ vom 29. Mai 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M9) wurden dieselben Diagnosen aufgeführt wie im Bericht vom 28. März 2007 (vgl. S. 1 oben). Zur Frage, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei, wurde ausgeführt, dass aus rheumatologischer Sicht eine Minderbelastbarkeit denkbar sei (S. 2). Als gegenwärtige Behandlung wurde Wassergymnastik angegeben (S. 1 unten).

4.8. Im Bericht des Kantonsspitals F. ___ vom 24. Juli 2007 (Urk. 11/M11) wurde festgehalten, dass eine während 9 Sitzungen durchgeführte ambulante Physiotherapie mit einerseits Detonisierung im Nacken-Muskel-Bereich, andererseits aber auch Instruktionen von HWS-stabilisierenden Übungen, zu einer Verschlechterung der Schmerzsymptomatik geführt habe. Am besten profitiere die Beschwerdeführerin von der Gymnastik im Wasser, weshalb es sinnvoll sei, dass sie weitergehende Aqua-Well-Gruppen besuche. Dies mit dem Ziel, eine Verbesserung der Rumpfstabilisation und somit auch der HWS-Stabilisation zu erreichen.

4.9. Die Ärzte des Kantonsspitals F. ___ nannten am 24. August 2007 (Urk. 11/M12) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- chronisches zervikozephalies Schmerzsyndrom mit/bei:
- Status nach HWS-Distorsion am 11. August 2006
- degenerativen Veränderungen C4 bis C7, Blockwirbel C2/3 (Röntgen HWS am 15. März 2007)
- kleiner medialer breitbasiger Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 mit jeweils linksseitig diskreter neuroforaminaler Enge Nervenwurzel C5 und C6 links in Ruhestellung und im Liegen, aber ohne Nachweis einer Neurokompression (MRI der HWS vom 27. März 2007)

Sie führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin ein Jahr nach HWS-Distorsion ein schwierig beeinflussbares zervikozephalies Schmerzsyndrom vorliege. Da die Schmerzsymptomatik weder durch Wassergymnastik noch durch Einzelphysiotherapie mit Detonisierung, vorsichtiger Mobilisation und Stabilisation günstig beeinflussbar gewesen sei, sei die Behandlung abgeschlossen worden. Eine weiterhin regelmässige Teilnahme in der Aquawell-Gruppe werde jedoch als sinnvoll erachtet (S. 2 oben). Anlässlich der letzten Untersuchung habe sich der Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ergeben. Diesbezüglich werde bei Persistieren eine psychiatrische Untersuchung empfohlen (S. 2 Mitte).

4.10. Dr. med. D. ___, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 14. September 2007 (Urk. 11/M13) aus, unfallanalytisch sei ein Delta-v ausserhalb des kritischen Bereiches dokumentiert, die Kopfstellung beim Aufprall sei gerade gewesen und eine Commotio oder Contusio cerebri fehlten. Bei diesen Aspekten würde man von einer guten Prognose ausgehen, der Verlauf sei jedoch schleppend (S. 1 oben). Somatisch seien plurisegmentale degenerative Veränderungen an der HWS als Vorzustand dokumentiert. Die Einschränkung der HWS-Rotation sei wohl degenerativ bedingt. Die übrigen beklagten Beschwerden hätten kein klinisches Korrelat respektive

seien schwierig einzuordnen. Dr. D.____ wies auf die Stressbelastung am Arbeitsplatz und die Empfehlung zu einer psychiatrischen Abklärung hin. Dies könne nicht klar zuzuordnende Beschwerden oder Missempfindlichkeitsstörungen unterhalten beziehungsweise ungenügend unterstützen. Die Arbeitsfähigkeit könne durch die objektivierten Befunde eingeschränkt sein, vor allem durch die degenerativen Veränderungen, indem bei der angestammten Arbeit im Reinigungsdienst eine HWS-Belastung bestehe. Dies sei ein unfallfremder Anteil, bedingt durch degenerative vorbestehende Veränderungen (S. 2 oben). Wie weit die nicht objektivierbaren Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit begründeten, könne er nicht beurteilen. Es sei aber durchaus möglich, dass vor allem durch die psychologische Belastung schliesslich eine Arbeitsfähigkeitsreduktion resultiere (S. 2 Mitte). Dr. D.____ hielt abschliessend fest, dass er davon ausgehe, dass ein Endpunkt erreicht sei; mit weiteren Heilbehandlungen oder Therapien könne keine namhafte Besserung mehr erreicht werden (S. 2 unten).

4.11. Dr. Z.____ nannte im Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 26. Januar 2008 (Urk. 12/13/1-2) dieselben Diagnosen wie Dr. A.____ in seinem Bericht vom 18. Mai 2007 (vgl. lit. A). Er beurteilte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär (lit. C.1). Die Befunde hätten sich in den letzten Monaten nicht verbessert, keine Therapie bringe hier etwas (lit. D.5). Aus medizinischer Sicht erachte er die Beschwerdeführerin seit Anfang November 2007 zu höchstens 50 % arbeitsfähig (lit. D.7). Auf dem Formular zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit (Urk. 12/13/6-7) gab Dr. Z.____ an, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin eine ganztägige Erwerbstätigkeit (8 Stunden täglich) zumutbar.

4.12. Im Bericht des Kantonsspitals F.____ vom 20. Februar 2008 (Urk. 12/7/7-9) wurde zuhanden der IV-Stelle angegeben, der Beschwerdeführerin sei für ihre beiden Pensen als Reinigungsfrau vom 11. bis zum 27. August 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, vom 28. August bis zum 29. Oktober 2006 von 50 % und vom 30. Oktober 2006 bis zum 30. September 2007 von 25 % attestiert worden. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei ab dem 28. August 2006 nur zu 25 % eingeschränkt gewesen. Für die Zeit nach dem 30. September 2007 sei keine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit möglich (Ziff. 1.2).

4.13. Die Ärzte des Zentrums B.____ (B.____) erstellten am 26. August 2009 im Auftrag der Beschwerdeführerin ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 26/1), welches auf einer neuropsychologischen, einer psychiatrischen und einer neurologischen Evaluation sowie den vorhandenen Akten basierte (vgl. S. 5-7). Sie nannten die folgenden Diagnosen (S. 31 Ziff. 1):

- chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom
- Status nach Verkehrsunfall vom 11. August 2006 (Heckkollision) mit HWS-Distorsion, ohne MTBI
- vorbestehende degenerative HWS-Veränderungen
- klinisch leichtes tendomyotisches Zervikalsyndrom
- teilweise migräniforme Schmerzspitzen
- neuropsychologische Funktionsstörung
- vorbestehend geringe kognitive Ressourcen
- posttraumatisch bei Schmerzinterferenzen

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung zeigte sich bei der Beschwerdeführerin ein insgesamt klar unterdurchschnittliches Testniveau (S. 18 Mitte). Ihre Rechenschwäche, ihre Raumsinnstörung, ihre visuell-figurale Merkfähigkeitsschwäche sowie ihre Leistungsschwächen im Bereich des divergenten, abstrahierenden und problemlösenden Denkens sowie im Bereich der Handlungsplanung dürften nach Beurteilung des Gutachters gänzlich oder zu einem überwiegenden Anteil vorbestanden haben (S. 19 Mitte). Eine milde traumatische Hirnverletzung nach der Definition der EFNS könne bei der Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage ausgeschlossen werden. Ebenso lägen aktenseitig und klinisch keinerlei Anzeichen eines Demenzgeschehens vor. Klinisch wie psychodiagnostisch könnten ein depressives Geschehen sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung ebenfalls ausgeschlossen werden. Subjektiv fühle sich die Beschwerdeführerin von kognitiver Seite im Alltag mit Ausnahme einer Konzentrationsschwäche, einer vermehrten allgemeinen Ermüdbarkeit sowie einer gewissen Verlangsamung in allem, was sie tue, seit dem Unfall nicht wesentlich verändert (S. 18 f.). Infolge der anhaltenden Kopf- und Nackenschmerzen und der weiteren somatischen Beschwerden beständen bei der Beschwerdeführerin Konzentrationsstörungen im Sinne insbesondere einer verminderten mentalen Ausdauer und einer psychomotorischen Verlangsamung sowie einer erhöhten allgemeinen Ermüdbarkeit. Diese würden ihre Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin in quantitativer Hinsicht allgemein zu etwa 40 % einschränken (S. 20 oben). Ein wesentlicher Teil der neuropsychologischen Funktionsstörungen sei überwiegend wahrscheinlich unfallfremd beziehungsweise habe vorbestanden. Jener Teil der neuropsychologischen Funktionsstörungen, welcher kausal dem Unfall vom 11. August 2006 zugeordnet werden könne, sei nicht auf eine traumatische Hirnläsion zurückzuführen, sondern trete sekundär zu den chronischen, posttraumatischen Nacken- und Kopfschmerzen auf (S. 20 unten).

Bei der psychiatrischen Beurteilung wurde ausgeführt, dass sich in der Untersuchung eine völlig unauffällige Beschwerdeführerin gezeigt habe und sich keine Hinweise auf eine psychische Störung oder Fehlverarbeitung der Beschwerden gefunden hätten. In den Unterlagen fänden sich keine Hinweise, die auf eine psychogene Mitbeteiligung oder Störung hindeuten würden. Gesamthaft könne aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen und der heutigen Untersuchung keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die angegebenen Beschwerden und eine allfällige Einschränkung liessen sich daher nicht aus psychiatrischer Sicht begründen. Eine spezifische psychiatrische Therapie sei demnach auch nicht notwendig (S. 23).

In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich ein insgesamt als leicht einzustufendes Zervikalsyndrom gezeigt, mit vorwiegend tendomyotisch bedingter Bewegungseinschränkung der HWS. Es seien keine radikulären und/oder spinalen Funktionsstörungen zu verzeichnen. Auch eine anderweitige neurogene Funktionsstörung könne aus somatisch-neurologischer Sicht nicht objektiviert werden (S. 28 unten). Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin eine Arbeitsunfähigkeit respektive Leistungseinschränkung von 30 %. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % zu beziffern (S. 30 unten).

Der Vorzustand sei an der posttraumatischen Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit teilweise beteiligt. Die unfallbedingten Anteile seien im Gesamtkontext als überwiegende Faktoren anzusehen, im Sinne einer richtungsweisenden Änderung des Vorzustandes. Bezogen auf die Arbeitsfähigkeit bedeute dies, dass die Einschränkung zu 2/3 unfallbedingt (25-30 %) und zu 1/3 unfallfremd bedingt (10-15 %) sei (S. 34 Ziff. 8). Unter praktischen Gesichtspunkten könne keine andere Arbeitstätigkeit bezeichnet werden, welche geeignet wäre, eine höhere Arbeits-/Leistungsfähigkeit zu ermöglichen. Aufgrund der gesamten Datenlage, insbesondere auch unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen, sei die Beschwerdeführerin am ehesten in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin in der Lage, die ihr verfügbaren Arbeitsressourcen im Sinne der genannten Arbeitsfähigkeit von 60 % zu mobilisieren (S. 35 Ziff. 9).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin äusserte sich in der Verfügung vom 26. Oktober 2007 nicht zum natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den noch geklagten Beschwerden (Urk. 11/47). Im Einspracheentscheid vom 7. August 2008 stellte sie sich auf den Standpunkt, der natürliche Kausalzusammenhang sei nicht mehr gegeben (Urk. 2 S. 4 oben).

5.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS festgestellt wird und 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, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es nach neuerer Rechtsprechung, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des EVG in Sachen S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

5.3 Vorliegend erlitt die Beschwerdeführerin am Freitag, 11. August 2006, um etwa 20.30 Uhr, einen Auffahrunfall (vgl. Polizeirapport vom 25. August 2006, Urk. 13/1). In der Folge traten Nackenbeschwerden auf, am folgenden Tag auch Kopfschmerzen und Schwindel. In den drei Tagen nach dem Unfall verstärkten sich die Nacken- und Kopfschmerzen deutlich (vgl. Urk. 3/9). Am Montag, dem 14. August 2006, um 14.30 Uhr, suchte die Beschwerdeführerin Dr. Z. ___ auf, der ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma diagnostizierte (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 14. August 2006, Urk. 11/M2). Mit der Zeit trat auch noch ein Tinnitus auf und die anhaltenden Kopf- und Nackenschmerzen führten zu Konzentrationsstörungen sowie einer erhöhten allgemeinen

Ermitteldbarkeit (vgl. Urk. 11/M8; Urk. 26/1 S. 20).

5.4. Demnach ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin innerhalb der gemäss Rechtsprechung geforderten Zeit Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindel aufgetreten sind und sie auch innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall einen Arzt aufgesucht hat. Später beklagte sie auch weitere einschlägige Beschwerden. Auch wenn die Beschwerden nicht objektivierbar waren, ist doch zumindest eine Teilkausalität anzunehmen. So gab auch Dr. A. ___ an, dass es durch den Unfall zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei (Urk. 11/M8). Desgleichen gingen die begutachtenden Ärzte des B. ___ davon aus, dass die unfallbedingten Anteile der posttraumatischen Entwicklung im Gesamtkontext als überwiegende Faktoren anzusehen seien, im Sinne einer richtungsweisenden Änderung des Vorzustandes (Urk. 26/1 S. 34).

E. 6

6.1. Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz ist vorab festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind.

So ergaben die drei Tage nach dem Unfall erstellten Röntgenaufnahmen der HWS keine Befunde, welche auf eine unfallbedingte Schädigung hinweisen würden; ossäre Läsionen konnten ausgeschlossen werden (Urk. 11/M2). Die neurologische Untersuchung vom Mai 2007 zeigte keine objektivierbaren pathologischen Befunde (Urk. 11/M8). Im MRI des Schädels ergab sich bis auf einen Flüssigkeitsgefüllten Sinus maxillaris links und diskret im Sphenoid eine unauffällige Darstellung des Neurokraniums. Das MRI der HWS zeigte mit Ausnahme von degenerativen Veränderungen in den Segmenten C4 bis und mit C7 mit dorsalen Diskusprotrusionen, angrenzenden Spondylosen und linksseitig leichtgradiger neuroforaminaler Enge keine pathologischen Auffälligkeiten (Urk. 11/M12/1). Auch den übrigen ärztlichen Berichten können keine unfallrelevanten Befunde entnommen werden, abgesehen von einer Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, typischen Triggerpunkten im Schulter-/Nackebereich und weiteren Druckdolenzen (vgl. Urk. 11/M7; Urk. 11/M8; Urk. 11/M12).

6.2. Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid implizit von einem Unfall im mittleren Bereich aus, indem sie die entsprechenden Kriterien prägte (vgl. Erw. 3.3; Urk. 2 S. 4 f.). Angesichts des dokumentierten Ereignisablaufs (vgl. Polizeirapport vom 25. August 2006, Urk. 13/1) und den Angaben in der Unfallanalyse (Urk. 11/27) kann das Unfallereignis höchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft werden.

Damit ist eine adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sind.

6.3. Der Auffahrunfall vom 11. August 2006 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich. Es ergab sich kein aussergewöhnlicher Sachschaden und die Beschwerdeführerin musste sich erst drei Tage später wegen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen in ärztliche Behandlung begeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Des Weiteren erlitt die Beschwerdeführerin keine Verletzungen von nennenswerter Schwere oder besonderer Art. Auf den Röntgen- und MRI-Bildern zeigten sich keine Läsionen und die organischen Beschwerden beschränkten sich auf Druckdolenz und eine Bewegungseinschränkung der HWS.

Zur ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin von Anfang an adäquat behandelt wurde. Nachdem Akupunktur und Physiotherapie kaum Besserung brachten (vgl. Urk. 11/M5), überwies Dr. Z. die Beschwerdeführerin an die Rheumapoliklinik des Kantonsspitals F. (vgl. Urk. 11/M7). Dort wurden Wassergymnastik sowie ambulante Physiotherapie-Sitzungen durchgeführt (vgl. Urk. 11/M11). Gemäss Bericht vom August 2007 liess sich die Schmerzsymptomatik dadurch aber nicht günstig beeinflussen, weshalb die Behandlung abgeschlossen wurde. Die Teilnahme in der Aquawell-Gruppe wurde jedoch weiterhin als sinnvoll erachtet (vgl. Urk. 11/M12 S. 2). Dr. Z. verordnete der Beschwerdeführerin im September 2007 erneut Physiotherapie (vgl. Urk. 3/14). Diese therapeutischen Massnahmen und deren Verlauf rechtfertigen es nicht, von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung zu sprechen. Das entsprechende Kriterium ist somit nicht erfüllt. Auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen lagen nicht vor, ebenso wenig eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

Seitens der Ärzte des Kantonsspitals F. wurde der Beschwerdeführerin für die bisherige Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin vom 30. Oktober 2006 bis zum 30. September 2007 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 12/7/7-9 Ziff. 1.2). Dr. Z. erachtete sie seit November 2007 als zu höchstens 50 % arbeitsfähig (Urk. 12/13/1-2 lit. D.7). In einer angepassten Tätigkeit hielt er eine ganztägige Erwerbstätigkeit für zumutbar (Urk. 12/13/6-7). Im B.-Gutachten wurde der Beschwerdeführerin für ihre bisherige Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt, wobei die Einschränkung zu 2/3 als unfallbedingt (25-30 %) beurteilt wurde (Urk. 26/1 S. 34). Auch in einer angepassten Tätigkeit sahen die begutachtenden Ärzte keine höhere Arbeitsfähigkeit (Urk. 26/1 S. 35).

Zum Kriterium «erhebliche Beschwerden» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin offenbar noch immer an typischen Beschwerden einer HWS-Distorsion leidet, insbesondere an Nacken- und Kopfschmerzen (vgl. Urk. 11/M8 S. 1; Urk. 12/13/1-2; Urk. 26/1 S. 20). Zumindest teilweise sind diese Beschwerden jedoch dem Vorzustand der Beschwerdeführerin zuzuschreiben.

6.5 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxismässigen Kriterien zwei in Frage kommen (länger dauernde Arbeitsunfähigkeit und erhebliche Beschwerden), dies jedoch nicht in der erforderlichen Ausprägung und auch nicht in gehäuft oder auffallender Weise. Folglich sind die bei der Beschwerdeführerin nach Ende Oktober 2007 noch vorhandenen Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 11. August 2006. Damit erübrigen sich auch der Beizug von medizinischen Akten (vgl. Urk. 10 S. 8) und weitere Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt (vgl. Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht ihre Leistungen ab dem 1. November 2007 eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- lic. iur. Kavan Samarasinghe

- 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.