

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00148 vom 31. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00148

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00148 du 31 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00148 del 31 dicembre 2010

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). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körpererschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

1.2. Als natürlich kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es daher, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360).

1.3. Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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, 129 V 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

1.4. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2, 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (zum Ganzen: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 18. Oktober 2006 in Sachen K., U 244/06, Erw. 2; Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2007 in Sachen M., U 449/06, Erw. 3.2).

1.5. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Gemäss Art. 18 Abs. 2 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin. Der Anspruch auf eine Invalidenrente einer Person, die vor Erreichen des AHV-Rentenalters verunfallt ist, kann auch noch nach der Pensionierung begründet werden (BGE 134 V 392 Erw. 6).

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente oder - falls kein Rentenanspruch besteht - bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist sodann eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG).

2.

2.1. Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, gestützt auf die interdisziplinäre Beurteilung der Ärzte der C. vom 30. April 2008 sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer

Beinen durch längeres Stehen Stützpunkte beidseits zu tragen (Urk. 10/88 S. 12 f.), sind der Beschwerdeführerin unstrittig zumutbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erachtete Dr. K. ___ allenfalls durch den reduzierten Allgemeinzustand (AZ) als gegeben (Urk. 10/88 S. 13). Die Beschwerdeführerin sei stark abgemagert und befinde sich in einem reduziertem Allgemein- und einem reduzierten Ernährungszustand (EZ) (Urk. 10/88 S. 7). Das nicht geklärte zeitlich posttraumatisch aufgetretene Problem des Verschluckens, womit sich die Beschwerdeführerin ihren aktuellen reduzierten AZ und EZ erkläre, für das indes keine Ursache gefunden worden sei, habe sich in letzter Zeit gelöst. Der reduzierte AZ und EZ habe wahrscheinlich mit den sekundären Abhängigkeiten (Alkohol, Benzodiazepine, Nikotin) zu tun (Urk. 10/88 S. 10). Diese Einschränkung ist nachvollziehbar und wurde denn auch nicht beanstandet. Dr. K. ___ teilte den reduzierten AZ und EZ daher folgerichtig den krankheitsbedingten Diagnosen zu (Urk. 10/88 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgewiesen und unstrittig ist weiter, dass die Schluckstörung unklarer Aetiologie bereits vor dem Unfall bestand und die Lungenproblematik (COPD mit chronischer Bronchitis bei persistierendem Nikotinabusus) der Beschwerdeführerin krankheitsbedingt ist (vgl. den Bericht des B. ___ vom 4. November 2005, Urk. 10/11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung in der C. ___ gemäss dem Teilgutachten von Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Dezember 2007, wonach keine depressive Symptomatik vorliege und die leichten, unspezifischen agoraphoben Angststörungen, die wahrscheinlich als Folge des Unfalls angesehen werden müssten, mittlerweile weitgehend zurückgegangen seien (Urk. 10/87 S. 10 f.), wurde von der Beschwerdeführerin ebenfalls zu Recht nicht gerügt.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Als Restbeschwerden bei Fallabschluss per Ende Juli 2008 lagen im Weiteren einzig noch leichte neuropsychologische Funktionsstörungen vor. Dies ist unstrittig ausgewiesen durch den im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung in der C. ___ erstellten undatierten Bericht der Neuropsychologin M. ___ über die neuropsychologische Untersuchung vom 26. November 2007 (Urk. 10/86). Diese habe im Vergleich zur letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 30. Januar 2006 in der C. ___, welche leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störungen ergeben hatte (Urk. 10/16), eine Verbesserung bei der Daueraufmerksamkeit und bei der kurzfristigen Aufmerksamkeitsfokussierung ergeben. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit sei bei einfachen Anforderungen unauffällig. Bei den mnestischen Funktionen stünden leichte Verbesserungen beim sprachlichen Lernen und Speichern schlechteren Leistungen beim Arbeitsgedächtnis gegenüber. Beeinträchtigt seien weiterhin die Umstellfähigkeit (mit Perseverationstendenz), das visuell-räumliche Lernen, das Arbeitsgedächtnis und die Visuokonstruktion. Bei der Selbstwahrnehmung falle weiterhin auf, dass die Beschwerdeführerin psychomentale Problembereiche negiere (Urk. 10/86 S. 5 f.). Davon ist auszugehen. Dagegen ist der im Bericht des G. ___ vom 24. Mai 2007 (Urk. 10/51 S. 3) und in der Stellungnahme von Dr. H. ___ vom 12. Juni 2007 (Urk. 10/62) gezogenen Schlussfolgerung, dass keine neuropsychologische Störung mehr vorliege, nicht zu folgen, wie von M. ___ plausibel begründet (Urk. 10/86 S. 5 f.) und von den Parteien übereinstimmend angenommen wurde.

Strittig und zu präzisieren bleibt, ob diese neuropsychologischen Beschwerden, wie sie anlässlich der neuropsychologischen Testung im November 2007 (Urk. 10/86) respektive bei Fallabschluss per Ende Juli 2008 (Urk. 10/98) noch vorlagen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. Oktober 2005 zurückzuführen sind. Zu klären ist vorab, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der neuropsychologischen Störung und dem Unfall vom 29. Oktober 2005 ursprünglich gegeben war.

4.2 Die Erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.____ hatten gemäss dem Bericht vom 21. November 2005 in Bezug auf die Verletzungen im Kopfbereich ein gedecktes Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri und komplexer Mittelgesichtsfraktur sowie ein HWS-Trauma mit Fraktur des zweiten Halswirbelkörpers diagnostiziert. Das am Unfalltag erstellte CT des Schädels und bis zur Lendenwirbelsäule ergab keine intracerebrale Läsion (Urk. 10/9 S. 1). Auch der für die Bestimmung der Schwere eines Schädel-Hirntraumas gemessene Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS), in welcher der beste Wert 15 und der schlechteste 3 beträgt, betrug am Unfallort 12 und erholte sich bereits auf dem Weg ins Spital Z.____ auf 15 (Urk. 10/9 S. 1), was auf ein leichtes Schädel-Hirntrauma hindeutet (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. Juni 2005 in Sachen S., U 276/04, Erw. 2.2.2). Im Weiteren ergab auch das MRT des Schädels vom 12. Januar 2006 keinen Befund intrakranieller Blutungen respektive einer Hirnläsion (Urk. 10/15).

Die Ärzte des G.____ stellten gemäss dem Bericht vom 24. Mai 2007 die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F07.2). Weder aus dieser lediglich anamnestisch gestellten Diagnose (Urk. 10/51 S. 1 und S. 3) noch aus dem G.____-Bericht lässt sich etwas zur Ätiologie der Symptome respektive der neuropsychologischen Störung ableiten, zumal als Ursache für ein solches Syndrom nebst organischen auch psychische Faktoren in Frage kommen (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern 2005, S. 85).

Im Austrittsbericht der C.____ vom 13. Februar 2006 war sodann die Diagnose eines gedeckten Schädelhirntraumas mit leichter traumatischer Hirnverletzung (mild traumatic brain injury, MTBI) gestellt worden, was nach der Rechtsprechung für sich allein nicht schon eine (unfallbedingte) objektiv nachweisbare Funktionsstörung belegt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2010 in Sachen A., 8C_110/2010, Erw. 3.2). Die neuropsychologische Störung, welche bei der ersten Testung in der C.____ vom 30. November 2005 als mittelschwer eingestuft worden war, verbesserte sich bis zur zweiten neuropsychologischen Untersuchung vom 30. Januar 2006 und wurde nunmehr als leicht bis mittelschwer qualifiziert (Urk. 10/14 S. 2). Die Ärzte der C.____ wiesen im Austrittsbericht darauf hin, dass neben der Hirnverletzung vom 29. Oktober 2005 ätiologisch der vorbestehende regelmässige Alkoholkonsum sowie die vorbestehenden psychiatrischen Auffälligkeiten als Faktoren mitberücksichtigt werden müssten. Die neuropsychologischen Einschränkungen würden auf ein Mischbild hindeuten, wobei die mindestens leichte traumatische Hirnverletzung die möglicherweise zum Teil vorbestehenden Schwächen richtungsweisend verstärke (Urk. 10/14 S. 2).

Damit sind, wenn auch keine hinreichend objektivierbaren organischen Befunde hinsichtlich der strittigen neuropsychologischen Funktionsstörungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2008 in Sachen K., 8C_364/2008, Erw. 7.1.2), wie

sie noch mindestens bis Ende Januar 2006 bestanden hatten, so doch der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der MTBI und dem Unfall vom 29. Oktober 2005 im Sinne einer teilursächlichen Kausalität (vgl. dazu BGE 119 V 338 Erw. 1 in fine, 117 V 360 Erw. 4b) ausgewiesen. Es ist daher zu klären, ob per Ende Juli 2008 von einem Status quo ante vel sine der neuropsychologischen Funktionsstörungen auszugehen ist.

E. 4.3

4.3.1.1 Der psychiatrische Gutachter der C. ____, Dr. L. ____, führte in seinem Teilgutachten vom 13. Dezember 2007 in Bezug auf die vor dem Unfall vom 29. Oktober 2005 jahrelang unter der Dauermedikamentation mit Leponex erfolgreich behandelte paranoide Schizophrenie aus, die Beschwerdeführerin sei soweit erkennbar symptomfrei und ohne Residualzustand oder Minussymptomatik. Es liege ausserdem der Status nach mehreren Phasen von Alkoholabhängigkeit und fortgesetztem niedrig dosiertem Alkoholkonsum (allenfalls -missbrauch), jedoch wahrscheinlich (derzeit) ohne Alkoholabhängigkeit vor (Urk. 10/87 S. 11). Die Beschwerdeführerin trinke zirka einen halben Liter Bier pro Abend an den meisten Abenden. Allgemein wirke die Beschwerdeführerin biologisch vorgealtert. Es bestehe vom Gesamtbild her der Eindruck, es liege ein gewisser hirnorganischer Abbau mit Defiziten vor, der am Ehesten mit der Alkoholanamnese in Verbindung zu bringen sei. Dies sei neurologisch und neuropsychologisch noch besser zu objektivieren (Urk. 10/87 S. 11).

Im neurologischen Teilgutachten vom 30. April 2008 führte Prof. Dr. med. N. ____, Facharzt für Neurologie, die Diagnose Unfall vom 29. Oktober 2005 mit leichter traumatischer Hirnverletzung auf und erläuterte, es habe sich abgesehen vom kognitiven Störungsbild, wozu auf die aktuelle neuropsychologische Untersuchung verwiesen werde und dessen Genese interdisziplinär zu diskutieren sei, keine persistierende Funktionsbeeinträchtigung des Nervensystems in den Akten und auch nicht anlässlich der aktuellen Untersuchung gefunden. Für die von der Beschwerdeführerin in körperlicher Hinsicht geklagte leichte Schwindelempfindung hätten sich in der körperlichen Untersuchung keine Hinweise auf eine Störung des zentralen oder peripheren Gleichgewichtsorgans als Ursache gefunden (Urk. 10/89 S. 6).

Die Neuropsychologin M. ____, folgte aus dem (oben in Erwägung 4.1 dargelegten) Ergebnis der neuropsychologischen Untersuchung vom 26. November 2007, der bisherige Verlauf widerspiegeln den Erholungsverlauf nach traumatischer Hirnverletzung recht gut, insbesondere angesichts der Erholung der Aufmerksamkeitsfunktionen. Die weiterbestehenden neuropsychologischen Auffälligkeiten seien auch durch die psychiatrische Vorgeschichte mit C2-Abusus-Rezidiven mitverursacht. Zu achten sei auch auf mögliche Auswirkungen durch die langjährige Medikation mit Neuroleptika, worauf die feinmotorischen Probleme bei der Artikulation und beim Zeichnen dezent hinweisen würden. Da ein vergleichbares, prätraumatisch erhobenes psychomenteales Leistungsprofil fehle, könne nicht ausgeschlossen werden, dass allfällig vorbestehende kognitive Leistungsauffälligkeiten durch die leichte traumatische Hirnverletzung mit HWS-Trauma am 29. Oktober 2005 richtungweisend verschlechtert worden seien, weshalb diese als Teilursache der heute bestehenden leichten neuropsychologischen Funktionsstörung zu beurteilen sei. Aus neuropsychologischer Sicht verfolge die Beschwerdeführerin grundsätzlich über das kognitive Leistungspotential, um ihre angestammte Tätigkeit als Kioskverkäuferin zu bewältigen. Bei spezifischen Anforderungen im Kundenkontakt, wie zum Beispiel der

Fähigkeit, im Kopf den Preis von zwei, drei Artikeln rasch zusammenzuzählen, sei die Beschwerdeführerin verlangsamt und darauf angewiesen, Kompensationsstrategien einzusetzen (etwa den Gesamtpreis schriftlich auszurechnen). Es sei ihr daher nicht mehr das ganze frühere Pensum zumutbar und sie wolle zu den eher flauen Betriebszeiten einzusetzen, wenn weniger Kunden zu betreuen seien (Urk. 10/86 S. 5 ff.).

Interdisziplinär kamen Prof. Dr. N., Dr. K. und Dr. L. gemäss dem Gutachten vom 30. April 2008 überein, die verbleibende als leicht zu qualifizierende neuropsychologische Störung sei am Ehesten auf den langjährigen Alkoholkonsum sowie die Residuen der schizophrenen Psychose zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin habe sich durch den Unfall vom 29. Oktober 2005 eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen. Es hätten sich in körperlicher Hinsicht keine neurologischen persistierende Unfallfolgen sowie aus neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht keine unfallbedingte Einbusse der körperlichen oder geistigen Integrität feststellen lassen (Urk. 10/89 S. 7 f.). Insgesamt (einschliesslich der muskuloskelettalen Beschwerden) sei die Beschwerdeführerin unfallbedingt als voll arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit zu beurteilen und eine Integritätseinbusse erreiche gesamthaft keine 5 % (Urk. 10/89 S. 11). Mit den als nicht unfallkausal zu beurteilenden neuropsychologischen Restbeschwerden seien in kognitiver Hinsicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Regel- und Kontrollarbeiten, ohne Arbeiten in speziell lärmexponierten Umgebungen und ohne speziellen Leistungsdruck ganzschichtig zumutbar (Urk. 10/89 S. 8).

4.3.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann zur Beantwortung der strittigen Frage der Unfallkausalität auf das Gutachten der C. vom 30. April 2008 respektive die darin enthaltene interdisziplinäre Zusammenfassung (Urk. 10/89 S. 7 ff.) nicht abgestellt werden. Denn mangels Begründung der entscheiderelevanten medizinischen Schlussfolgerung erfüllt das Gutachten diesbezüglich nicht alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Und zwar begründeten die Gutachter der C. im interdisziplinären Teil des Gutachtens nicht, weshalb sie zum Schluss gelangten, dass die verbleibende leichte neuropsychologische Störung am Ehesten auf den langjährigen Alkoholkonsum sowie auf die Residuen der schizophrenen Psychose zurückzuführen sei. Damit fehlt es an einer einleuchtenden Erklärung dafür, weshalb die bisher für die Störung teilweise verantwortliche Kopfverletzung nunmehr überwiegend wahrscheinlich als Ursache auszuschliessen sei. Dies ergibt sich auch nicht aus den Teilgutachten. Der neurologische Gutachter Prof. Dr. N. verwies in Bezug auf diese zentrale Frage gerade auf die in dieser Hinsicht nicht begründete interdisziplinäre Einschätzung (Urk. 10/89 S. 6). Auch die eher vage gehaltene und als Vermutung anklingende Aussage des psychiatrischen Gutachters Dr. L., es könne eindrucksmässig vom Gesamtbild her ein gewisser hirnorganischer Abbau bestehen, der am Ehesten mit der Alkoholanamnese in Verbindung zu bringen sei (Urk. 10/87 S. 11), erklärt nicht ausreichend (etwa mit medizinischen Fakten der psychiatrischen, neurologischen oder neuropsychologischen Untersuchung) den nunmehr gänzlichen Ausschluss der Unfallkausalität für die neuropsychologische Störung. Dies umso mehr als Dr. L. zur Verifizierung seiner Aussage auf die Notwendigkeit einer neurologischen und neuropsychologischen Objektivierung verwies, die nicht erfolgte

respektive sich aus der derzeitigen medizinischen Aktenlage nicht ergibt. Im Gegenteil wichen die Gutachter ohne Begründung und fachliche Auseinandersetzung von der widersprechenden Einschätzung der Neuropsychologin M.____ ab, welche die psychiatrische Vorgeschichte der Beschwerdeführerin mit C2-Abusus-Rezidiven und einer langjährigen Medikation mit Neuroleptika weiterhin lediglich als Teilursachen für die restlichen neuropsychologischen Auffälligkeiten nebst der leichten traumatischen Hirnverletzung mit HWS-Trauma vom 29. Oktober 2005 beurteilte (Urk. 10/86 S. 7).

4.3.3.3. Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend erläuterte (Urk. 2 S. 6 f.), worauf verwiesen werden kann, genügt auch die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 16. Oktober 2008 (Urk. 10/104.2) nicht den nötigen Anforderungen und enthält überdies keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, weshalb auch darauf nicht abschliessend abgestellt werden kann. Ob weiterführende medizinische Abklärungen über das Vorliegen einer Hirnläsion, welche den Umfang einer MTBI übersteigt, den Beweis zur offenen Kausalitätsfrage zu erbringen vermag, ist ausgangsgemäss an dieser Stelle nicht zu entscheiden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht abgestellt werden kann auf der Beurteilung des Vertrauensarztes der Haftpflichtversicherung Axa Winterthur, Dr. H.____, der gestützt auf den G.____-Bericht vom 24. Mai 2007 (Urk. 10/51 S. 3) annimmt, dass keine neuropsychologische Störung mehr vorliege (Urk. 10/62 S. 3 f.), was - wie in Erwägung 4.2 bereits ausgeführt - durch die Neuropsychologin M.____ aufgrund der Untersuchung vom 26. November 2007 überzeugend begründet und unstrittig widerlegt wurde (Urk. 10/86 S. 5 f.).

4.4.4.4. Damit fehlt es an einer genügenden Entscheidungsgrundlage. Die Sache ist daher in sinngemässer Gutheissung der Beschwerde zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen hinsichtlich der Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den verbleibenden leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen und dem Unfall vom 29. Oktober 2005 im Zeitpunkt des Fallabschlusses per Juli 2008 weggefallen ist und der Status quo ante vel sine eingetreten sei, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Je nach Ausgang dieser Abklärung ist sodann zu berücksichtigen, dass angesichts des Pensionsalters der Beschwerdeführerin bei Fallabschluss per Ende Juli 2008 gegebenenfalls eine Invaliditätsbemessung nach Art. 29 Abs. 4 UVV in Frage kommt und dazu die Vergleichseinkommen der Beschwerdeführerin im mittleren Alter abzuklären und zugrunde zu legen wären (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2007 in Sachen R., U 313/06, Erw. 3.4).Ä

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1.1.1.1.1.1.1. Rechtsprechungsgemäss gehören zu den Parteikosten, die im Rahmen von Art. 61 lit. g ATSG zu entschädigen sind, neben den Vertretungskosten die besonderen Auslagen für Abklärungsmassnahmen, welche durch den Versicherer anzuordnen und durchzuführen gewesen wären, an dessen Stelle jedoch durch die Partei veranlasst wurden. Hat der Unfallversicherer in diesem Sinne notwendige Untersuchungen unterlassen und ist ihm deshalb eine Pflichtverletzung vorzuwerfen, so hat er die privaten Abklärungskosten auch dann zu übernehmen, wenn er in der Sache selbst obsiegt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 14. März 2005, U 85/04, Erw. 2.1 mit Hinweisen).

5.2. Dem Begehren der Beschwerdeführerin, die Kosten im Umfang von Fr. 6'000.-- (Urk. 3/4) für das von ihr in Auftrag gegebene Parteigutachten von Dr. I. ____ vom 16. Oktober 2008 seien ihr von der Beschwerdegegnerin zu vergüteten (Urk. 1 S. 7), kann nicht entsprochen werden. Zwar hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt wie hiervor erläutert nicht rechtsgenügend abgeklärt. Jedoch hat sich weder dieses Ergebnis noch der medizinische Sachverhalt aufgrund des im Beschwerdeverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lassen, weshalb nicht gesagt werden kann, das Privatgutachten sei für die abschliessende Beurteilung der Ansprüche erforderlich gewesen und die Beschwerdegegnerin habe zufolge mangelhafter Sachverhaltsabklärung unnötig Kosten verursacht.

5.3. Die Parteientschädigung für die Vertretungskosten ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und auf Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. März 2009 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch ab 1. August 2008 neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Werner Kupferschmid

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.