

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00198 vom 24. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00198](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00198)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00198 du 24 novembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00198 del 24 novembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 44 Erw. 2c).

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 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 blosser 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Äbelkeit, 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).

### E. 1.3

1.3.1 Ä Ä 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).

1.3.2 Ä Ä 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 Arbeits- beziehungsweise 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.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.3.3 Als Ausnahme von dieser Regel greift allerdings nach der Rechtsprechung die auf die objektiven physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Wesensveränderung [BGE 117 V 360 Erw. 4b]) zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3). Dieser Rechtsprechung liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Soll diese Rechtsprechung auch in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht aufgrund einer Momentaufnahme zu entscheiden. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beeinträchtigungen weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist in einem solchen Fall zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen

Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 27. August 2002, U 172/00, Erw. 3 und in Sachen W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, Erw. 3a und 3b).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Im Arztzeugnis des D.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, Notfallstation, vom 3. November 2003 (Urk. 12/M4) wurden von Assistenzärztin Dr. C.\_\_\_\_ eine intraartikuläre Endphalanx-Fraktur Dig. I linke Hand sowie Schürfwunden an Ellbogen und Knie links diagnostiziert. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 11. September 2003 (Urk. 12/M3) diagnostizierte Assistenzärztin Dr. X.\_\_\_\_ eine HWS-Distorsion. Die Beschwerdeführerin habe sofort über mittlere Kopfschmerzen geklagt, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen habe sie nicht erwähnt. Es bestand ein Druckschmerz am Hals rechts. Ob eine Bewusstlosigkeit aufgetreten sei, sei fraglich. Schliesslich diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ im Kurzbericht an Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2003 (Urk. 11/103/5) zusätzlich eine Schulterkontusion rechts.

2.2 Dr. E.\_\_\_\_, bei welcher sich die Beschwerdeführerin am Tag nach dem Unfall vorgestellt hatte, diagnostizierte im Arztzeugnis vom 26. September 2003 (Urk. 12/M1) eine Contusio cerebri (1), eine HWS-Distorsion (2), eine Schulterkontusion rechts (3) sowie eine Fraktur am Daumen links (4). Die Beschwerdeführerin beklage eine Amnesie. Der Kopf sei in der Beweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt bei normaler Beweglichkeit der rechten Schulter. Im Verlaufsbericht vom 4. Oktober 2003 (Urk. 12/M2) fügte Dr. E.\_\_\_\_ zu den bereits berichteten Beschwerden Konzentrationsstörungen und Nackenschmerzen hinzu.

2.3 Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 23. September 2003 (Urk. 11/103/6), die Beschwerdeführerin klage über mehr oder weniger dauernde Schmerzen im Nacken und diffus im ganzen Kopf, welche sich belastungsabhängig verstärkten. Die Einnahme von Schmerzmitteln sei vor einer Woche wegen Übelkeit gestoppt worden. Es bestehe ein deutliches rechtsbetontes Zervikalsyndrom, wobei die Rotationsbewegungen nach rechts vor allem in Inklination um gut einen Drittel schmerzhaft eingeschränkt seien. Es gebe multiple druckschmerzhafte Punkte beidseits nuchal und im Bereich des Schultergürtels. Soweit prüfbar beständen an den Armen und Händen keine Atrophien oder schwere Paresen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch gut auslösbar. Anfängliche Klagen über diffuses Missempfinden am ganzen linken Arm hätten sich im Verlaufe der Untersuchung auf die ersten drei Finger, vor allem den Daumen, konzentriert.

Am 6. November 2003 (Urk. 11/103/7) hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, gegenüber der Untersuchung vom 23. September 2003 zeige sich insgesamt eine Besserung. Es fänden sich weiterhin ein rechtsbetontes Zervikalsyndrom und eine

Hypästhesie zirkulär am Endglied des ersten Fingers links. Es gebe keinen Hinweis für eine zervikoradikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik.

2.4. Dr. I., welchem die Beschwerdeführerin von der Hausärztin mit der Diagnose residuelle Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Stressintoleranz, Kopfschmerzen rechts okzipital sowie Seh- (Blenden) und Schlafstörung am 23. Februar 2004 zugewiesen wurde (vgl. Urk. 12/M10/5), kam im Bericht vom 24. Mai 2004 (Urk. 12/M14) zum Schluss, dass bei praktisch normalem Neurostatus zusammen mit der vorliegenden Anamnese und den neuropsychologischen Befunden keine Hinweise auf eine fassbare fokale oder generalisierte zentral-nervöse Störung zu finden seien. Ebenfalls gebe es keine Hinweise auf eine peripher-neurologische Störung im Bereich der HWS und der Hirnnerven. Die Einschränkungen im Bereich der kognitiven Funktionen, wie sie von der Beschwerdeführerin beklagt würden, seien im Wesentlichen einerseits durch eine Konzentrationsstörung und andererseits durch die depressive Stimmungslage mit Tendenz zu Blockierungen zu erklären. Die Konzentrationsstörungen passten gut ins Bild des sogenannten HWS-Distorsionstraumas. Sie seien aber hauptsächlich durch das Schmerzsyndrom, die vegetative Dystonie und die depressive Stimmungslage bestimmt. Insbesondere das gute verbale Gedächtnis dürfte sich mittelfristig günstig für die berufliche Reintegration oder auch für die Weiterbildung auswirken. Im figuralen Bereich scheine die Beschwerdeführerin etwas weniger stark, dies sei jedoch noch in einem normalen Bereich und müsse als vorbestehend angenommen werden. Der Schwindel, über den die Beschwerdeführerin klage, sei unspezifisch. Ein paroxysmaler Lagerungsschwindel initial sei nicht ganz ausgeschlossen, zur Zeit fänden sich aber keine Hinweise für eine zentral- oder peripher-vestibuläre Störung. Er sei hauptsächlich Ausdruck der vegetativen Dystonie und werde sich mit dem verbesserten Allgemeinzustand zurückbilden.

2.5. Die Psychiaterin Dr. G. diagnostizierte im Bericht vom 4. Januar 2005 (Urk. 12/M20) eine akute Belastungsreaktion, später dann Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) mit Depression und vegetativer Dystonie, einen Status nach HWS-Distorsionstrauma und einen Status nach Commotio cerebri mit typischen Kopfschmerzen und kognitiven Einbußen mit verzögertem Heilungsverlauf, eine (wahrscheinlich schmerzbedingte) Fehlhaltung des Kopfes (Schiefhals) sowie einen Status nach Daumenfraktur. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an anhaltenden Stimmungsschwankungen, welche vorwiegend depressiv-ängstlich gefärbt seien, einer erhöhten inneren Spannung, Nervosität und Irritabilität. Die Belastbarkeit sei vermindert, es beständen kognitive Einbußen bei der Konzentration, der Aufmerksamkeit und im Halten des Überblicks. Das Ausdauerverhalten sei vermindert und die Schmerzen im Hals-Schulter-Armbereich wechselnd. Es beständen Kopfschmerzen. Bisher habe die Beschwerdeführerin eine langsame Funktionsverbesserung erreicht: Sie sei in der Alltagsbewältigung nicht mehr auf Hilfe angewiesen, was zuvor wegen Schmerzen, Erschöpfung und Ängsten notwendig gewesen sei. Sie könne auch ihre Weiterbildung fortsetzen. Es sollte ein Arbeitsversuch während drei Stunden täglich, jedoch abgesehen von Schulungstage, das heiße ein Beginn mit ca. 30 %, ohne inhaltlichen Leistungsdruck begonnen werden. Wenn sich Erfolgserlebnisse einstellten, dürften Ängstlichkeit und Verunsicherung vermindert werden und sich die depressive Stimmungslage verbessern. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erscheine unter sorgfältig gewählten Ausgangsbedingungen

mÄ¶glich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 5. Februar 2006 (Urk. 12/M29) beurteilte Dr. G.\_\_\_\_ die Situation dahingehend, als sich eine allmÄ¶hliche und kontinuierliche Besserung der Symptomatologie ergeben habe. Im Verlaufe der Monate hÄ¶tten sich die kognitiven Einbussen und auch die Stimmungsschwankungen verringert. Die BeschwerdefÄ¶hrerin traue sich wieder mehr zu, benÄ¶tzt aber weiterhin lange und hÄ¶ufige Erholungspausen und sei in der Belastbarkeit immer noch stark reduziert. Die Integration in ein Arbeitsumfeld, die BewÄ¶ltigung des Arbeitsweges und damit der Tagesstrukturierung habe zu einer Angst- und Unsicherheitsreduktion wesentlich beigetragen. Ob eine Restsymptomatologie bestehen bleiben werde, kÄ¶nne noch nicht beurteilt werden.

2.6Ä Ä Ä Ä Laut Gutachten des L.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2008 (Urk. 3/12) leidet die BeschwerdefÄ¶hrerin an einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom mit brachialem Schmerzsyndrom rechts und anamnestisch KonzentrationsstÄ¶rungen (ICD-10 M53.1), einer SchmerzverarbeitungsstÄ¶rung sowie an einem leicht erhÄ¶hten HbA1c-Wert von 6,4 % bei fraglicher ZuckerstoffwechselstÄ¶rung. Aus neurologischer Sicht wirke sich das chronische zervikozepale Schmerzsyndrom mit Brachialgie rechts auf die ArbeitsfÄ¶higkeit als kaufmÄ¶nnische Angestellte aus. Dieses fÄ¶hrt zu einer Leistungseinbusse von 20 % bezogen auf eine ganztÄ¶gige ErwerbstÄ¶tigkeit. Weder aus psychiatrischer Sicht noch aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht lÄ¶ssen Befunde oder Diagnosen vor, welche sich auf die ArbeitsfÄ¶higkeit auswirkten.

### E. 3

3.1Ä Ä Ä Ä Soweit die BeschwerdefÄ¶hrerin geltend macht, dass gemÄ¶ss Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2008 (Urk. 3/13) mittels einer funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) Zeichen fÄ¶r eine LÄ¶sion des rechten FlÄ¶gelbandes der Kopfgelenke und damit eine organische unfallbedingte Verletzung gefunden worden seien (Urk. 1 S. 10 Ziff. 5.12), kann ihr nicht gefolgt werden. Eine medizinisch-diagnostische Methode muss wissenschaftlich anerkannt sein, damit der mit ihr erhobene Befund eine zuverlÄ¶ssige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Als wissenschaftlich anerkannt gilt eine Untersuchungsart jedoch erst dann, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 f. mit Hinweisen). Wie in BGE 134 V 231 (E. 5.2-5.5 S. 233 ff.) erwogen wurde, stellen fMRT-Untersuchungen jedenfalls nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der UnfallkausalitÄ¶t von Beschwerden nach HWS-Traumen dar (vgl. auch BGE 134 V 109 E. 7.2 S. 119 mit Hinweisen). Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ festgehaltenen Untersuchungsergebnisse lassen demnach keine zuverlÄ¶ssigen RÄ¶ckschlÄ¶sse auf ein den Unfallfolgen zugrunde liegendes organisches Substrat zu, zumal ein am 7. Mai 2004 in der J.\_\_\_\_ durchgefÄ¶hrtes SchÄ¶del-MRI keine traumatischen LÄ¶sionen aufzeigte und sich in den durch Dr. I.\_\_\_\_ durchgefÄ¶hrten Funktionsaufnahmen der HWS keine Hinweise auf eine InstabilitÄ¶t fanden (Urk. 12/M14).

### 3.2Ä Ä Ä Ä

3.2.1Ä Ä Eine Commotio cerebri (HirnerschÄ¶tterung) wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische AusfÄ¶lle, wÄ¶hrenddem eine Contusio cerebri (Hirnprellung) einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen

Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury [MTBI]) eingeführt. Darunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Adrian M. Siegel/ Daniel Fischer [Hrsg.], Die neurologische Begutachtung, Zürich 2005, S. 164-166; Urteile T. vom 29. März 2006 E. 3.1, U 197/04, und R. vom 6. November 2006 E. 4.2, U 444/05).

3.2.2. Vorliegend scheinen die Voraussetzungen für eine MTBI insofern erfüllt zu sein, als gemäss Angaben der Rettungssanitäter (Urk. 12/M37) und der erstbehandelnden Ärztin (Urk. 12/M3) das Bewusstsein nach dem Unfall normal war, die Beschwerdeführerin jedoch bereits einen Tag nach dem Unfall eine Amnesie betreffend das Unfallereignis angegeben hat (Urk. 11/103/ ). Damit ist indessen noch nicht gesagt, dass sie an nachweisbaren organischen Unfallfolgen leidet. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (oben erwähnte Urteile U 197/04 E. 3.1 und U 444/05 E. 5.2).

3.2.3. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 12/M3) wurde bei der Frage nach Bewusstlosigkeit ein Fragezeichen gesetzt. Neurologische Auffälle wurden dagegen nicht festgestellt. Die durchgeführte neurologische und neuropsychologische Abklärung durch Dr. I. \_\_\_\_ (Urk. 12/M14) ergab weder Hinweise auf eine fassbare fokale oder generalisierte zentral-nervöse Störung, noch auf eine peripher-neurologische Störung im HWS-Bereich und im Bereich der Hirnnerven. Die geklagten Konzentrationsstörungen wurden als durch das Schmerzsyndrom, die vegetative Dystonie und die depressive Stimmungslage bestimmt beurteilt. Im Übrigen wurde diese Ansicht vom Neurologen des L. \_\_\_\_ (Urk. 3/12 S. 16 Ziff. 4.2.4) geteilt.

3.2.4. Eine feststellbare intrakranielle Läsion oder ein messbarer Defektzustand (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems ist bei der Beschwerdeführerin demnach nicht ausgewiesen.

### E. 3.3

3.3.1. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist 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 EVG in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei geht es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxistypische Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des EVG i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

3.3.2 Laut dem Arzzeugnis der Notfallstation des D. \_\_\_ (Urk. 12/M4), erlitt die Beschwerdeführerin beim Sturz mit der Vespa eine intraartikuläre Endphalanx-Fraktur am linken Daumen sowie Schürfwunden an Ellbogen und am Knie rechts. Zudem ist dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des D. \_\_\_ (Urk. 12/M3) zu entnehmen, dass eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde. Die Beschwerdeführerin litt nach dem Unfall an mittleren Kopfschmerzen, sie erbrach jedoch nicht, und das Vorliegen von Schwindel und Schwindel wurde verneint. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war schmerzfrei möglich, es bestand jedoch ein Druckschmerz rechts. Neurologisch wurden weder Schwäche, noch Parästhesien und sensible Defizite festgestellt. Die Hausärztin, welche die Beschwerdeführerin am folgenden Tag untersuchte, fand eine eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes bei normaler Beweglichkeit der rechten Schulter (Urk. 12/M1). Ob die Beweglichkeit des Kopfes aufgrund der Kopf- oder aufgrund von Nackenschmerzen eingeschränkt war, kann dem Bericht nicht entnommen werden. Allerdings findet sich im Auszug aus der Krankengeschichte (Urk. 11/103/4) ein Hinweis auf Nackenschmerzen und verschrieb die Hausärztin vorübergehend das Tragen eines Halskragens, weshalb davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin bereits einen Tag nach dem Unfallereignis über Nackenschmerzen klagte, obwohl die Nackenschmerzen erst im Bericht vom 4. Oktober 2003 (Urk. 12/M2) zusammen mit Konzentrationsstörungen erstmals explizit erwähnt wurden. Schnelle Erschöpfbarkeit und Photophobie fanden am 4. Februar 2004 Eingang in den Bericht der Hausärztin (Urk. 12/M6), und Dr. H. \_\_\_ berichtete am 5. April 2004 (Urk. 12/M9) zusätzlich über gelegentlichen Drehschwindel und zeitweise Visus- sowie Schlafstörungen, allgemeine Müdigkeit und Unsicherheitsgefühl sowie Kiefergelenksbeschwerden rechts.

3.3.3 Damit ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin innerhalb der rechtsprechungsgemäss geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und sie später auch weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Demnach ist - bei der entsprechenden ärztlicherseits gestellten Diagnose einer HWS-Distorsion - die natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 11. September 2003 ohne Weiteres gegeben.

#### **E. 4**

4.1 Zur Entwicklung der psychischen Auffälligkeiten ist festzuhalten, dass Dr. E. \_\_\_ schon am Tag nach dem Unfallereignis eine weinende, zappelige Beschwerdeführerin, die einen verzweiferten Eindruck machte, angetroffen hat (vgl. Eintrag Krankengeschichte vom 12. September 2003, Urk. 11/103/4). Bereits Mitte Dezember 2003 wurde eine psychiatrische Behandlung initiiert, nachdem die Beschwerdeführerin bei der Wiederaufnahme der Arbeit am 10. November 2003 einen "Nervenzusammenbruch" mit Zittern, Weinen und Unfähigkeit, sich zu konzentrieren,

erlitten hatte. Die Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 12/M20) diagnostizierte denn auch eine akute Belastungsreaktion, später dann Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) mit Depression und vegetativer Dystonie.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund ist sodann festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall lediglich über Kopfschmerzen und einen Druckschmerz im Nackenbereich (Urk. 12/M3) und erst im Verlauf auch Schulterschmerzen und Konzentrationsstörungen (vgl. Urk. 12/M2), schnelle Erschöpfbarkeit (vgl. Urk. 12/M6) und Sehstörungen (vgl. Urk. 12/M10/1) beklagte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hört man sich diese Entwicklungen vor Augen, so steht fest, dass die Beschwerdeführerin anfänglich bloss über einzelne der einschlägigen Beschwerden klagte und sich ein volleres Beschwerdebild erst später zeigte, nachdem sich die psychische Problematik längst eingestellt hatte. Angesichts dieser Umstände kann nicht gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe von Beginn weg an den einschlägigen Folgen eines HWS-Distorsionstraumas gelitten und die psychische Fehlentwicklung habe sich erst später eingestellt. Im Gegenteil waren schon kurz nach dem Unfall psychische Auffälligkeiten zu verzeichnen, weshalb schon drei Monate nach dem Unfall eine psychiatrische Behandlung eingeleitet wurde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass die zum typischen Beschwerdebild einer HWS-Distorsionsverletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber in den Hintergrund treten und im Gegenteil die psychische Entwicklung verantwortlich für die heutigen Beschwerden ist. Damit sind vorliegend bei der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs die durch die Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze zu den Unfällen mit psychischen Folgeschäden anwendbar.

4.2 Ä Ä Ä Ä Hieran ändert der Einwand der Beschwerdeführerin, die Gutachter des L.\_\_\_\_ hätten das Vorliegen einer psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint (Urk. 1 S. 10 Ziff. 6.1), nichts. Ausschlaggebend ist das Vorliegen einer psychischen Störung, unabhängig davon ob sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Der begutachtende L.\_\_\_\_-Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F.54) vorliegt. Das Unfallereignis, die erwartete, aber nicht eingetretene Beschwerdefreiheit, ebenso wie die erhaltene Kündigung der Arbeitsstelle aus Krankheitsgründen hätten psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Dadurch sei es zu regressiven Tendenzen gekommen und die ursprünglich somatisch ausgelösten Schmerzen hätten zugenommen und sich ausgeweitet. Aus dem Umstand, dass die psychische Störung nach viereinhalbjähriger Behandlungszeit gemäss L.\_\_\_\_-Gutachter zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) führt, kann die Beschwerdeführerin nach dem Gesagten nichts zu ihren Gunsten ableiten, beschrieb doch die behandelnde Psychiaterin seit Januar 2005 eine stetige Verbesserung der Situation (vgl. Urk. 12/M20, Urk. 12/M27 und Urk. 12/M34).

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Für die Qualifikation eines Unfalles als schwer, mittelschwer oder leicht ist vom augenfalligen Geschehensablauf auszugehen (BGE 117 V 366 Erw. 6a). Die Beschwerdegegnerin ordnete den Unfall dem mittleren Bereich zu, was nicht zu beanstanden ist. Allerdings liegt - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin

(Urk. 1 S. 13 Ziff. 7.3.3) - kein Sturzunfall mit Bewusstlosigkeit vor, denn der Unfall lässt sich bei der Beschwerdeführerin, wie dargelegt (Erw.3.2.2), keine Bewusstlosigkeit aus. Zur Bejahung der adäquaten Kausalität wäre daher im vorliegenden Fall erforderlich, dass ein einzelnes unfallbezogenes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder dass mehrere der nach der Rechtsprechung massgebenden Kriterien gegeben sind.

5.2. Der Unfall vom 11. September 2003 war in objektiver Hinsicht weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonderes eindrücklich. Wenn die Beschwerdeführerin dies subjektiv anders erlebt haben will (Urk. 1 S. 13 Ziff. 73.4), muss dem eine gewisse Widersprüchlichkeit beigemessen werden, behauptet sie doch, bezüglich des Unfallgeschehens keine Erinnerungen mehr zu haben und beschrieb Dr. E. in der Krankengeschichte für das eigentliche Geschehen eine Amnesie (Urk. 11/103). Die Beschwerdeführerin war sich demnach der Unfallsituation nicht bewusst, und sie benötigte keine stationäre Erstbehandlung. Unter diesen Umständen kann nicht von besonders eindrücklichen Umständen gesprochen werden. Denn bei diesem Kriterium geht es darum, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an der nachfolgenden psychischen Fehlentwicklung mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209).

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) weiter festgehalten hat, handelt es sich bei der von der Beschwerdeführerin erlittenen HWS-Distorsion mit den Folgen von Nacken- und Kopfschmerzen um keine Verletzung, die aufgrund der Schwere oder der Art erfahrungsgemäss geeignet ist, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (Urteil des EVG vom 15. November 2004 in Sachen K., U 334/03). Zu eigentlichen Komplikationen oder einem schwierigen Heilungsverlauf kam es ebenfalls nicht, auch lag keine ärztliche Fehlbehandlung vor, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Gesamthaft betrachtet ist auch keine spezifische, zielgerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer ersichtlich. Im Wesentlichen fanden nebst medikamentöser Schmerzbehandlung, welche nach wenigen Tagen wegen Nebenwirkung abgesetzt wurde (Urk. 10/103/6), lediglich ambulante Physiotherapie und eine ambulante psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung statt. Angesichts der schon früh im Vordergrund stehenden psychischen Störungen ist die Arbeitsunfähigkeit nicht auf die körperlichen Beschwerden, sondern auf die psychische Fehlentwicklung zurückzuführen, weshalb nicht von einer langen unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

5.3. Selbst wenn die Adäquanz nach der Rechtsprechung bei HWS-Distorsionstraumen oder ähnlichen Verletzungen (BGE 134 V 109) zu beurteilen wäre, wäre das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung ebenfalls zu verneinen, weshalb die Adäquanz nicht bejaht werden könnte. Die Beschwerdeführerin trat nämlich, nachdem die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz im November 2003 gescheitert war, erst im August 2005 wieder einen Arbeitsversuch an, obwohl sie sich bereits im August 2004 im Stand hielt, ihre nebenberufliche Ausbildung zur Betriebswirtschafterin FH wieder aufzunehmen, welche sie zumindest zeitlich erheblich in Anspruch nahm (2 mal pro Woche Unterricht von 18.00 bis 21.00 sowie Aufgaben von 5 bis 10 Stunden pro Woche, vgl. Urk. 10/102/1 S. 4).

6. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen ist, dass spätestens per 31. Oktober

2007 keine natürlichen und adäquaten Folgen des Unfalls vom 11. September 2003 mehr vorlagen, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Albrecht Metzger

- Rechtsanwalt Reto Zanotelli

- 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.