

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00284 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00284

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00284 du 28 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00284 del 28 febbraio 2011

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). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei der als Schleudertrauma der Halswirbelsäule bezeichneten Einwirkung um einen Beschleunigungsmechanismus an der Halswirbelsäule mit der dazugehörigen Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule oder des Nackens (RKUV 1995 Nr. U 221 S. 112). Die darauf zurückzuführenden unfallbedingten Beschwerden können, auch wenn sie organisch nicht (hinreichend) nachweisbar sind, unter Umständen eine Leistungspflicht des Unfallversicherers auslösen (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b). 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, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen.

1.4.1.1 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegleitender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.5

1.5.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.5.2.1 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.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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).

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

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). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin anerkannte ihre Leistungspflicht bis 28. Februar 2009 und verneinte anschliessend den natürlichen Kausalzusammenhang der pathologischen Befunde an der HWS, der Kopfschmerzen, des Tinnitus, der neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie der psychischen Beschwerden. Zudem verneinte sie einen relevanten Integritätsschaden aufgrund der festgestellten Doppelbilder (vgl. Urk. 2 S. 7 Ziff. 3.12). Die Beschwerdeführerin stellte fest, auch nach der Gutachten-Synopsis von Dr. A. ___ habe bezüglich der Diagnose einer MTBI und aufgrund des Fehlens einer gemeinsamen fachärztlichen Gesamtbeurteilung weiterer Abklärungsbedarf bestanden (vgl. Urk. 2 S. 7 oben und Urk. 10 S. 8 oben), weshalb die darauffolgende Anordnung eines weiteren Gutachtens beziehungsweise nach verweigerter Mitwirkung die Einholung eines Aktengutachtens zulässig gewesen sei (vgl. Urk. 2 S. 8).

2.2 Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, sie sei nicht verpflichtet gewesen, sich einer erneuten multidisziplinären Begutachtung zu unterziehen, weil eine solche Begutachtung nach den zuverlässigen fachärztlichen Abklärungen unter der Leitung von Dr. A. ___ eine unzulässige „seconde opinion“ darstelle. Das Aktengutachten F. ___/N. ___ stelle die Gutachten-Synopsis von Dr. A. ___ vom 26. Mai 2006 nicht in Frage und sei auch nicht geeignet, das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der unfallbedingten Gesundheitsschädigung zu beweisen (vgl. Urk. 1 S. 13 Ziff. 27).

2.3 Streitig ist die Frage, ob für die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in natürlich kausaler Weise auf das Unfallereignis vom 2. September 2002 zurückzuführen ist. Für die Leistungspflicht des Unfallversicherers ist ferner zu prüfen, ob ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 3

3.1 Nach der Auffahrkollision vom 2. September 2002 diagnostizierte der erstbehandelnde Arzt, Dr. Z. ___, eine HWS-Distorsion und hielt als Beschwerden Schwindel, Übelkeit und Schlafstörung fest (Bericht vom 24. November 2002 [Urk. 11/2/M4 S. 2]).

Bei einer Untersuchung in der Abteilung für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin des Spitals H. ___ wurden eine physiologische Haltung der HWS ohne frische traumatische ossäre Läsion, eine linkskonvexe Skoliosefehlhaltung oder -form im oberen Thorakalbereich sowie Osteochondrosen und Verkalkungen C5/C6, weniger C6/C7, festgestellt (Bericht vom 10. September 2002 [Urk. 11/2/M3]).

Im Bericht über ein MRI der HWS des Instituts für Röntgendiagnostik des Spitals I. ___ vom 25. September 2002 wurde eine normale Stellung am kraniozervikalen Übergang genannt (Urk. 11/2/M5).

Am 22. März 2004 fand eine Untersuchung bei Dr. med. J. ___, Spezialarzt FMH für Augenheilkunde, statt, der zu den von der Beschwerdeführerin geklagten Doppelbildern erklärte, eine Esophorie habe schon vor dem Unfall bestanden; denkbar sei, dass Kompensationsmechanismen durch den Unfall kompromittiert worden seien (Urk. 11/2/M15).

Am 16. August 2004 hielt der Hausarzt Dr. Z. ___ folgende Beschwerden fest: Konzentrations- und Schlafstörungen, Schwindel, Doppelbilder,

Depression sowie Tinnitus nach einem Arbeitsversuch (Urk. 11/2/M17).

Am 14. Dezember 2004 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. A. ___ gutachterlich untersucht. In Bezug auf die Nackenschmerzen erklärte Dr. A. ___, eine unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen an der unteren HWS beziehungsweise das Auftreten von neuen Beschwerden aufgrund des Unfallereignisses sei für maximal drei Jahre anzunehmen. Dagegen seien die Kopfschmerzen, die kognitiven Einschränkungen sowie die - nicht dominante - depressive Entwicklung unfallbedingt (Urk. 11/2/M22 S. 9 und 11 Ziff. 6 f. und S. 13).

Im Rahmen einer von Dr. A. ___ empfohlenen polydisziplinären Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin von weiteren Fachärzten untersucht. Nach einer neurologischen Abklärung vom 20. Juli 2005 hielt Dr. C. ___ fest, dass Vorliegen einer milden traumatischen Hirnschädigung sei möglich (vgl. dagegen zurückhaltung im Nachtrag vom 25. April 2006 [Urk. 11/2/M26]). Das Unfallereignis könne als Teilursache für die kognitiven Defizite, die rasche Ermüdbarkeit sowie die Doppelbilder angesehen werden. Die Chronifizierung der Störungen sei aber auf unfallfremde Faktoren - beispielsweise auf den Verlust des Arbeitsplatzes - zurückzuführen. Die (Spannungs-)Kopfschmerzen könnten durchaus auch posttraumatisch nach einem HWS-Distorsionstrauma auftreten; eine Differenzierung sei nicht möglich. Aus somatisch-neurologischer Sicht sei keine wesentliche Behandlung notwendig, denn es hätten sich keine Hinweise auf fokale neurologische Defizite oder Hinweise auf eine frontale Hirnströrung ergeben (Neurologisches Teilgutachten vom 7. Dezember 2005 [Urk. 11/2/M25 S. 4 und S. 5 Ziff. 5]).

Dr. med. K. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, - der anlässlich seines Untersuchungsgesprächs keine Hinweise auf offensichtliche Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisprobleme feststellte - diagnostizierte am 28. Juli 2005 eine Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung nach ICD-10 F43.2, welche er indirekt auf den Unfall zurückführte (Urk. 11/2/M23 S. 8 f. und S. 12 Ziff. 6 ff.).

Nach Untersuchungen vom 21. und 22. September sowie vom 13. Oktober 2005 berichtete dipl. psych. L. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie, am 22. April 2006, es seien leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen nachzuweisen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Unfallfolgen darstellten. Die festgestellten Beeinträchtigungen gehörten zu den charakteristischen Folgen eines HWS-Distorsionstraumas und/oder einer MTBI (Urk. 11/2/M27 S. 9 und S. 10 Mitte).

PD Dr. med. M. ___, Spezialarzt FMH für Ophthalmologie, hielt am 28. März 2006 fest, im Vordergrund der visuellen Beschwerden ständen Doppelbilder, welche wahrscheinlich auf eine dekompensierende Esophorie zurückzuführen seien. Er neige dazu, eine vorbestehende idiopathische Esophorie anzunehmen, welche durch das Unfallgeschehen zu einer episodischen Dekompensation gekommen sei (Urk. 11/2/M24 S. 10).

Dr. A. ___ gab in seiner Gutachten-Synopsis vom 26. Mai 2006 diffuse Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Nackenschmerzen, Visusstörungen, Affektlabilität sowie Depression an und erklärte, die drei erstgenannten Beschwerden seien einer milden traumatischen Hirnschädigung

zuzuordnen. Dr. A. ___ fÄ¼hrte aus, die psychischen Beschwerden drÄ¼ngten die neuropsychologischen Probleme nicht in den Hintergrund, und erwartete eine Besserung der depressiven Symptomatik und ebenso eine Besserung im Umgang mit den neuropsychologischen Defiziten (Urk. 11/2/M29 S. 6 und 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Vorlage des Berichts von Dr. M. ___ hielt Dr. med. N. ___, Facharzt FMH fÄ¼r Ophthalmologie, am 6. November 2008 fest, die geklagten Doppelbilder kÄ¼nnten nicht als erheblich eingestuft werden, ein ophthalmologisch bedingter IntegritÄ¼tschaden bestehe nicht (Urk. 11/2/M32).

3.2Ä Ä Ä Ä In der Folge holte die Mobilair bei der D. ___ eine biomechanische Kurzbeurteilung des Unfalls (Urk. 11/3/BioMech 1 vom 15. Februar 2007), eine technische Unfallanalyse (Urk. 11/3/BioMech 2 vom 12. August 2007) sowie weitere Stellungnahmen vom 16. August 2007 und vom 13. Februar 2008 ein (Urk. 11/3/BioMech 3 und Urk. 11/3/BioMech 4). Im letztgenannten Bericht wurde festgehalten, dass die anschliessend an das Ereignis bei der BeschwerdefÄ¼hrerin festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall nicht erklÄ¼rbar seien; durch ihr Alter und die degenerativen VerÄ¼nderungen an der HWS ergÄ¼ben sich gewisse ErklÄ¼rungsmÄ¼glichkeiten (Urk. 11/3/BioMech 4 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich lehnten die Aktengutachter Dr. F. ___ und N. ___ die Diagnose einer MTBI ab. Sie erklÄ¼rten, dipl. psych. L. ___ habe vier gleichwertige Diagnosen gestellt: Neben neuropsychologischen FunktionsstÄ¼rungen bei Verdacht auf eine MTBI und bei Status nach HWS-Distorsionstrauma werde eine depressive StÄ¼rung, chronische Schmerzen sowie eine leichtgradige Tinnitus-Belastung aufgeÄ¼hrt. Es fehle eine differenzialdiagnostisch gefÄ¼hrte Diskussion, ob die erhobenen neuropsychologischen Befunde nicht ebenso im Rahmen einer depressiven StÄ¼rung und/oder als schmerzbedingt eingeordnet werden kÄ¼nnten. Aus chirurgisch-traumatologischer Sicht hÄ¼tten (bereits) spÄ¼testens nach drei Monaten keine Unfallfolgen mehr bestanden, weshalb eine IntegritÄ¼tsentschÄ¼digung fÄ¼r die Zervikozephalgien entfalle. Ein unfallbedingtes organisches Substrat bestehe nicht mehr. Es seien falsche Schlussfolgerungen bezÄ¼glich Diagnosestellung und differentialdiagnostischer Beurteilungen gezogen worden; das wichtige Kriterium des Delta-v habe den B. ___-Gutachtern nicht vorgelegen. ZwangslÄ¼ufig ergÄ¼ben sich daraus neue Aspekte fÄ¼r die Gesamtbeurteilung, namentlich fÄ¼r die KausalitÄ¼t (Urk. 11/2/M33 S. 18 Abs. 3 und S. 20).

E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä Richtig ist, dass keine Notwendigkeit besteht, ein weiteres Gutachten anzuordnen, wenn ein Ä¼rztliches Gutachten bei den Akten liegt, welches die inhaltlichen und beweismÄ¼ssigen Anforderungen an eine Ä¼rztliche Expertise erfÄ¼llt, und dass weder die versicherte Person noch der Versicherer einen unbedingten Anspruch auf eine Ä¼secondeÄ¼ opinion hat (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33, U 571/06). Jedoch bedarf die Frage, ob die Anordnung eines weiteren Gutachtens zulÄ¼ssig war, ebensowenig einer abschliessenden Beantwortung wie die weiteren umstrittenen Fragen, ob die Voraussetzungen fÄ¼r eine reine Aktenbeurteilung erfÄ¼llt waren (vgl. Urk. 2 S. 9 ff. Ziff IV, vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 24) und ob das Aktengutachten F. ___/N. ___ den Anforderungen an einen beweiskrÄ¼ftigen Ä¼rztlichen Bericht genÄ¼gt (vgl. Urk. 2 S. 9 lit. d, vgl. Urk. 1 S. 11 f. Ziff. 25). Wie die nachstehenden ErwÄ¼rgungen zeigen, kann im vorliegenden

Verfahren das Weiterbestehen eines natürlichen beziehungsweise adäquaten Kausalzusammenhangs im Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung aufgrund der diversen vorhergehenden fachärztlichen Beurteilungen bestimmt werden (vgl. betreffend das Ausreichen fachärztlicher Beurteilungen für eine reine Adäquanzbeurteilung das Urteil des Bundesgerichts vom 19. März 2009, 8C_797/2008, Erw. 4). Dabei ist das Argument der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 11/2/M33 S. 20 unten), wonach zum Zeitpunkt der Gutachten-Synopsis von Dr. A. ___ keine genügende Beweislage bestanden habe, weil das wichtige Kriterium des Delta-v den damaligen Gutachtern nicht vorgelegen habe (vgl. Urk. 2 S. 7 Ziff. 3.10 und Urk. 8 S. 8 Ziff. 14), zu relativieren, da rechtsprechungsgemäss eine unfallanalytische oder biomechanische Analyse für sich alleine keine hinreichende Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung bildet (vgl. RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 E. 3.2, U 193/01). Zusätzliche medizinische Abklärungen sind somit nicht durchzuführen, da hiervon keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 Erw. 4b; 122 V 162 Erw. 1d).

E. 4.2

4.2.1.1 In Bezug auf die geklagten Nackenschmerzen nahm der rheumatologische Gutachter Dr. A. ___ eine bloss vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands an (vgl. Gutachten-Synopsis [Urk. 11/2/M29 S. 3 f. Ziff. 6: maximal drei Jahre nach dem Unfall]). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass eine unfallbedingte somatische Ursache der fortbestehenden Rückenschmerzen nach Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen, wenn es an einem organischen nachweisbaren unfallbedingten Substrat im Bereich der Wirbelsäule fehlt (vgl. Bericht der Abteilung für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin des Spitals H. ___ vom 10. September 2002 [Urk. 11/2/M3] und Bericht über das MRI der HWS des Instituts für Röntgendiagnostik des Spitals I. ___ vom 25. September 2002 [Urk. 11/2/M5]), in der Regel nach sechs Monaten beziehungsweise spätestens einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) unwahrscheinlich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Die Beurteilung von Dr. A. ___ entspricht dem Grundsatz nach dieser Tatsache, weshalb die natürliche Unfallkausalität der weiterbestehenden Nackenschmerzen gestützt auf die Beurteilung von Dr. A. ___ zu verneinen ist.

4.2.2.1 In Bezug auf den Tinnitus, bei dem es sich um ein körperliches Leiden handelt, dessen eigentliche Ursache in einem kleineren oder grösseren Innenohrschaden zu suchen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2003, U 71/02, Erw. 6.1), und der gemäss einem Bericht von Dr. Z. ___ erst nach einem Arbeitsversuch vom 11. November 2002 aufgetreten war (Bericht vom 16. August 2004 [Urk. 11/2/M17 S. 1; betreffend die a.a.O. nicht angegebene Jahreszahl vgl. Urk. 11/2/M23 S. 4 letzter Absatz]), ist gestützt auf die medizinische Literatur (vgl. SUVA - Medizinische Mitteilungen, Nr. 79, S. 69), welche eine Latenzzeit von wenigen Tagen nennt (beziehungsweise höchstens zwei Wochen gemäss dem Gutachten F. ___/N. ___ [Urk. 11/2/M33 S. 20 Mitte]), festzustellen, dass dieser nicht innert der geforderten Latenzzeit aufgetreten ist, weshalb er nicht als unfallkausal zu betrachten ist.

4.2.3.1 Was die von der Beschwerdeführerin geklagten Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit und Doppelbilder angeht, ist festzustellen, dass diese sowohl in Zusammenhang mit dem diagnostizierten

HWS-Schleudertrauma wie auch mit dem MTBI gebracht werden können und somit diesbezüglich zumindest eine teilweise natürliche Unfallkausalität zwischen diesen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. September 2002 besteht. Doch weder unter dem Gesichtspunkt eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS noch unter demjenigen eines Schädel-Hirntraumas liessen sich organische Unfallfolgen feststellen, welche das Andauern der geklagten Beschwerden hinreichend zu erklären vermöchten. Bei dem anlässlich der Schädel-MRI-Untersuchung vom 30. Dezember 2005 festgestellten somatischen Befund (Im Bereich der hinteren Schädelgrube findet sich lediglich eine kleinere, wahrscheinlich ischämisch bedingt Lakune im Bereich des Crus cerebri rechts mit einem Durchmesser von 3mm) handelt es sich um einen Befund, welcher als unfallfremd zu betrachten ist. Denn die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinne der Rechtsprechung zum Schleudertrauma der HWS oder zum Schädel-Hirntrauma vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können (Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2006 [U 444/05] und vom 29. März 2006 [U 197/04] mit Hinweis auf Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 164 f.). Daran fehlt es im vorliegenden Fall. Weil im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine organischen Unfallfolgen mehr vorlagen, ist eine spezifische Adäquanzprüfung vorzunehmen.

4.2.4.4 Ob es sich bei den psychischen Beschwerden um ein eigenständiges, nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführendes Krankheitsbild oder eine psychische Fehlentwicklung nach der schmerzhaft gewordenen degenerativen Veränderung der HWS handelt, oder vielmehr um einen Teilaspekt des Schleudertraumas, welches durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet ist, kann ebenfalls offen gelassen werden. Denn der entsprechende adäquate Kausalzusammenhang ist auch dann zu verneinen, wenn er statt nach der Psycho-Praxis gesamthaft nach der - für die versicherte Person günstigeren - Schleudertrauma-Praxis beurteilt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C_726/2010, Erw. 3.5.2).

E. 5

5.1 Die Adäquanzprüfung darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitsschadens mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 Erw. 4.1 ff.). Das Erreichen des medizinischen Endzustandes darf gestützt auf die Angaben von Dr. A. in seiner Gutachten-Synopsis (Urk. 11/2/M29 S. 6 f. Ziff. 10 Abschluss des Falles längstens nach zwei Jahren nach Beginn der vorgeschlagenen Massnahmen.) im Beurteilungszeitpunkt angenommen werden, weshalb eine Adäquanzprüfung auf diesen Zeitpunkt zulässig ist.

5.2.3 Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nach dem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 134 V 126 Erw. 10.1). Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen werden rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert. In einzelnen Fällen hat das höchste Gericht demgegenüber einen leichten Unfall angenommen, so insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und zusätzlich weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretende Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts vom 30. August 2010, 8C_580/2010, Erw. 5.2.2). Vorliegend ist der Unfall vom 2. September 2002 mit einem Delta-v von maximal 10 km/h zu Gunsten der Beschwerdeführerin den mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den leichten Unfällen zuzurechnen. Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten bei der gegebenen Unfallschwere für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter oder aber vier in gehäufteter Weise gegeben sein (BGE 134 V 126 f. Erw. 10.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, Erw. 4.5).

5.3.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit bestehen nicht (vgl. Unfallbeschreibungen in Urk. 11/2/M23 S. 4 und Urk. 11/2/M25 S. 2), weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

5.3.4 Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Denn zur Bejahung dieses Kriteriums bedarf es einer besonderen Schwere der gegebenen Verletzungen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. Erw. 10.2.2). Aufgrund der Akten sind die Voraussetzungen für die Bejahung dieses Kriteriums nicht erfüllt. Insbesondere spielt es keine Rolle, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall eventuell gleichzeitig eine HWS-Distorsion und eine MTBI erlitten hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.2 mit Hinweisen). Zusätzliche erhebliche Verletzungen sind ebenfalls nicht ausgewiesen. Insbesondere gehen das Andauern schleudertraumatypischer Beschwerden trotz durchgeführter Therapien und leichte bis mittelschwere neuropsychologische Defizite, wie sie (beispielsweise) im Bericht von dipl. psych. L. ___ festgehalten wurden, nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2008, 8C_803/2007, Erw. 3.4.1). Zwar ist eine HWS-Distorsion, welche eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, speziell geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen. Als Verletzung besonderer Art ist sie jedoch nur zu qualifizieren, wenn es sich um eine durch ein frühes Trauma und nicht durch degenerative Veränderungen vorgeschädigte HWS handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C_726/2010, Erw. 4.1.2.2).

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die Behandlung der Beschwerdeführerin bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste insbesondere Konsultationen beim Hausarzt, Physiotherapie, Analgetika und die Einnahme von Antidepressiva (vgl. Berichte von Dr. M.____ [Urk. 11/2/M24 S. 3] und Dr. K.____ [Urk. 11/2/M23 S. 2]). Nach der Rechtsprechung sind regelmässige Konsultationen beim Hausarzt und physiotherapeutische Massnahmen nicht als belastend zu qualifizieren (Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. März 2009, 8C_797/2008, Erw. 5.3.3). Dasselbe gilt für die auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen und für eventuell durchgeführte ärztlich empfohlene psychiatrische oder psychotherapeutische Therapien, weshalb insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Beschwerdeführerin führte.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der verschiedenen Untersuchungen übereinstimmend insbesondere Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und rasche Ermüdbarkeit an (Gutachten-Synopsis von Dr. A.____ [Urk. 11/2/M29 S. 2 Ziff. 2 und S. 3 Ziff. 4]). Da jedoch die kognitiven und visuellen Störungen sowie die rasche Ermüdbarkeit belastungsabhängig auftreten (vgl. Neurologisches Teilgutachten von Dr. C.____ [Urk. 11/2/M25 S. 5 Ziff. 4] und Berichte von Dr. N.____ [Urk. 11/2/M32 S. 2] und von Dr. M.____ [Urk. 11/2/M24 S. 3]), ist das Kriterium eher nicht erfüllt. In ausgeprägter Weise liegt es jedenfalls nicht vor, spielen doch unfallfremde Faktoren ebenfalls eine Rolle (so beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes [Neurologisches Teilgutachten von Dr. C.____; Urk. 11/2/M25 S. 5 Ziff. 6]).

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, bestehen nicht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. Denn die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 7.6). Das Kriterium ist ebenfalls nicht erfüllt.

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 2. September 2002 zeitweise zu 100% (Bericht von Hausarzt Dr. Z.____ vom 16. August 2004 [Urk. 11/2/M17 S. 2 oben und S. 3 Ziff. 6]), dagegen aus rheumatologischer Sicht bis Ende August 2005 unfallbedingt zu 50 % (Gutachten von Dr. A.____ [Urk. 11/2/M22 S. 12 Ziff. 9 und S. 13 unten]) und darauf aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer Anpassungsstörung zu 30 % arbeitsunfähig war (Urk. 11/2/M23 S. 12 Ziff. 8). Ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist, kann offen gelassen werden. Denn selbst wenn es bejaht würde, läge es nicht in ausgeprägter Weise vor. In diesem Fall würde es - eventuell zusammen mit dem Kriterium der erheblichen Beschwerden - nicht genügen, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. September 2002

und den ab 28. Februar 2009 noch vorhandenen Beschwerden zu bejahen.

6. Die Einspracheentscheid vom 20. Juli 2009, mit welchem die Versicherungsleistungen per 28. Februar 2009 eingestellt wurden, ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden.

7. Das Verfahren ist kostenlos (§ 33 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und entschädigungsfrei (§ 34 GSVGer in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bettina Umhang
- Försprecher René W. Schleifer
- 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.