

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00309 vom 13. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00309)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00309 du 13 mars 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00309 del 13 marzo 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).

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

1.2 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 In BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in Präzisierung seiner sogenannten Schleudertraumapraxis gemäss BGE 117 V 360 Erw. 4b festgehalten, dass ein für ein Schleudertrauma der HWS typisches Beschwerdebild als Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und einem vorangegangenen Unfall nicht genüge, sondern vorab die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen der Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsstellen bilden würden; das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssten somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Nur wenn dies zutrefte und die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten sei, könne der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären. In BGE 134 V 109 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung bestätigt und präzisiert; soweit sie die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen nicht objektivierbaren Beschwerden und einem Unfall umschreibt, gilt sie auch bzw. erst recht, wenn das Beschwerdebild nicht typisch und der Kausalzusammenhang fachärztlich umstritten ist.

1.3 Ä Ä Ä Ä Im Entscheid U 12/06 vom 6. Juni 2006 beurteilte das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) angebliche Rückfall-Beschwerden einer zwei Jahre zuvor erlittenen HWS-Distorsion (Erw. 4 Ingress mit falscher Datumsangabe für den Unfall; korrekte Daten von Unfall und Rückfallmeldung in Sachverhalt lit. A), deren Kausalität ärztlicherseits unterschiedlich beurteilt, aber nie fachärztlich geklärt worden war (Erw. 4.3.1). In diesem Zusammenhang anerkannte das EVG das Vorliegen von Rückfallerscheinungen für ein bereits nach dem Unfall aufgetretenes, vor der Rückfallmeldung aber weitgehend abgeklungenes Zervikalsyndrom, meinte aber, eine dauerhafte "Reaktivierung" von nicht objektivierbaren Unfallverletzungen müsste nach einleuchtender ärztlicher Einschätzung einem auslösenden Faktor zugeordnet werden können. Mangels eines solchen Elements, das geeignet wäre, allfällige Unfallresiduen symptomatisch werden zu lassen, sei es wahrscheinlicher, dass sich in den neuen Beschwerden, wiewohl gleichartiger Natur, nunmehr ein anderer, unfallunabhängiger Kausalverlauf manifestiere (Erw. 4.3.2). Hinsichtlich einer vom Beschwerdeführer als Unfallfolge geltend gemachten psychischen Problematik führte das EVG aus, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen sei, desto strengere Anforderungen seien an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Denn medizinische Aussagen über den Kausalverlauf bei psychischen Beschwerden, welche erst mehrere Jahre nach einem Unfall auftraten, würden mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer schwieriger und hypothetischer. Bei konkurrierenden Ursachen komme einem ärztlich als Auslöser bezeichneten Faktor daher nicht ohne weiteres die Bedeutung einer relevanten Teilursache zu. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass schon bei nicht auszuschliessender oder bloss

natürlicher Kausalkette der natürliche Kausalzusammenhang angenommen oder einfach unterstellt und so das für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs geltende Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterlaufen werde (Erw. 4.4.1).

1.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). Bei fehlendem Nachweis eines organischen Substrats der geklagten Beschwerden erfordert die Darlegung des natürlichen Kausalzusammenhangs aus ärztlicher Sicht auch eine für das Gericht nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der Validität der klinisch erhobenen Befunde für funktionelle Einschränkungen im Alltag unter Berücksichtigung der aktenkundigen anamnestischen Angaben über solche Einschränkungen.

1.5 Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis).

1.6 Der Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV (vgl. Art. 4 der alten Bundesverfassung, aBV) sowie nach Art. 42 ATSG umfasst auch die Pflicht zur Beweisabnahme. Beweise sind indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Auf ein beantragtes Beweismittel kann verzichtet werden, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht ausreichend rechtserheblich ist, wenn bereits Feststehendes bewiesen werden soll, wenn von vornherein gewiss ist, dass der angebotene Beweis keine Abklärung herbeizuführen vermag, oder wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkunde bzw. jene ihrer fachkundigen Beamtinnen und Beamten zu wärdigen vermag (BGE 104 V 210 f. Erw. a).

1.7 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts

(oder der verfassenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 113 Erw. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 142 Erw. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b).

2. Im Lichte der vorstehenden Erwägungen ist der medizinische Sachverhalt wie folgt zu würdigen:

## 2.1

2.1.1 Gemäss den Abklärungen der Ärzte des Kreisspitals A. am Unfalltag erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 10. Juli 2005 eine nicht dislozierte intraartikuläre Radiusköpfchenfraktur rechts, eine Schulterkontusion links, eine HWS-Distorsion sowie multiple Exkorationen. Klinische oder anamnestische Hinweise darauf, dass es beim Unfall zu einer - auch nur geringfügigen - Kopfverletzung gekommen wäre, sind nicht dokumentiert (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.2). Während der auf die stationäre Erstversorgung folgenden Rehabilitation litt die Beschwerdeführerin hauptsächlich an einer eingeschränkten Belastbarkeit des rechten Arms, einer eingeschränkten Beweglichkeit der linken Schulter, einer Funktionsstörung der unteren HWS mit eingeschränkter Rotation nach rechts und Flexion sowie myofaszialen Nacken-, Schulter- und Armschmerzen links und myofaszialen Schmerzen im Hüftbereich links. Anfängliche Schwindelbeschwerden hatten sich weitgehend zurückgebildet. An den Unfall konnte sich die Beschwerdeführerin zu jenem Zeitpunkt noch lückenlos erinnern und ihn genau beschreiben. Sie stürzte Kopf voran und mit ausgestreckten Armen über das durch einen Ast blockierte Vorderrad des Velos, wobei sie den Kopf in den Nacken hielt, um nicht mit dem Gesicht aufzuschlagen, und landete wie eine Schildkröte (psychosomatisches Konsilium S. 2). Bewusstlosigkeit oder Amnesie verneinte sie (Urk. 12/M6 S. 4).

Bis zum 1. November 2005 hatten sich die Beschwerden so weit zurückgebildet, dass die Beschwerdeführerin ihre erst kurz vor dem Unfall neu angetretene Büroarbeit (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.1) teilweise wieder aufnehmen und im weiteren Verlauf bis zum 1. Juli 2006 auf 90 % steigern konnte (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.4). Gemäss der Sachdarstellung der Beschwerdeführerin vom 4. September 2006 entsprach die noch um 10 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht einem ärztlich festgelegten Zumutbarkeitsprofil, sondern wurde damit der Zeitbedarf für die noch notwendigen Therapien berücksichtigt (Urk. 12/36). Diese sollten gemäss den Angaben des Hausarztes vom 19. Juni 2006 noch zwei bis drei Monate weitergeführt werden (Urk. 12/M11).

2.1.2 Im weiteren Verlauf wird über mit der LWS-Problematik (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.5) zusammenhängende Beschwerden in den Beinen berichtet (vgl. Urk. 12/M17-M19) und erlitt die Beschwerdeführerin zu Beginn des Jahres 2008 eine linksbetonte sensomotorische Paraparese bei durch eine Herpes simplex Infektion

verursachten Myelitis. Aufgrund dieser Problematik mit akuter Blasen- und Darmfunktionsstörung (Cauda Equina-Symptomatik) musste sie notfallmäßig hospitalisiert werden (vgl. Urk. 12/M25 S. 2) und war sie dementsprechend vorübergehend vollständig arbeitsunfähig. Ab Mai 2008 wurde aus neurologischer Sicht wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (mit Ausbau je nach Verlauf) möglich gewesen; es wurde jedoch auf eine die Arbeitsfähigkeit limitierende psychische Problematik hingewiesen (Urk. 12/M21). Diesen Sachverhalt werteten Dr. K. \_\_\_ am 9. Oktober 2008 (Urk. 12/M23) und Dr. L. \_\_\_ am 23. Juni 2009 (Urk. 12/M26) dahingehend, dass seit 2007 keine durch das Unfallereignis vom 10. Juli 2005 bedingten organisch nachweisbaren Schädigungen mehr vorliegen würden.

2.1.3.3 Gemäss der fachärztlichen Beurteilung des Chirurgen Dr. D. \_\_\_ vom 22. Februar 2007 (Urk. 12/M16) bestand jedoch im Zeitpunkt seiner Untersuchung immer noch eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund von noch deutlichen Restbeschwerden (Schulterkontusion, Hüftkontusion, cervico-cephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite). Welche Symptome die Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin im Bereich Marketing auf welche Weise einschränkten, kann der Beurteilung nicht entnommen werden. Nach Ansicht Dr. D. \_\_\_s standen aber die Befunde überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Juli 2005, wobei jedoch nicht ersichtlich ist, welche Befunde damit gemeint sein könnten. Denn die von Dr. D. \_\_\_ konsiliarisch beigezogenen Fachärzte hatten keinerlei radiologische oder neurologische Befunde erhoben, welche in einen Kausalzusammenhang mit dem Unfall gestellt werden könnten (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.5). Auch der von Dr. D. \_\_\_ erhobene Neurostatus zeigte keine organisch nachweisbaren neurologischen Auffälle. In den von Dr. D. \_\_\_ diagnostizierten Status nach Velosturz am 10. Juli 2005 flossen sodann ein Beschleunigungstrauma der HWS, ein Verdacht auf neuropsychologische Defizite, eine fragliche Commotio cerebri bzw. fragliche Bewusstlosigkeit und fragliche Amnesie ein (vgl. Urk. 12/M16 S. 3), obwohl die Dr. D. \_\_\_ mit dem Begutachtungsauftrag vom 28. September 2006 übergebenen Vorakten (das waren gemäss Urk. 12/37 S. 2: Urk. 12/M1-M12) keine entsprechenden ärztlichen Angaben enthalten. Für die von Dr. Holderer rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall neu in die Diagnoseliste eingebrachten angeblichen Unfallfolgen gibt es somit keinerlei bildgebende oder klinisch reproduzierbare Befunde; weder Dr. D. \_\_\_ selbst noch die von ihm beigezogenen Fachärzte konnten solche erheben. Ebenso wenig weist Dr. D. \_\_\_ von ihm erhobene anamnestische Angaben über den Hergang und Ablauf des Unfallgeschehens aus, weshalb nicht erklärbar ist, wie er zu seinen Mutmassungen über Bewusstlosigkeit, Amnesie, Commotio cerebri und einem Beschleunigungstrauma der HWS gelangte.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die Beurteilung Dr. D. \_\_\_s vom 3. Dezember 2008 (Urk. 12/25), in welcher er auch das lumbo-vertebrale Syndrom mit Cauda Equina Symptomatik (vgl. Urk. 12/M21), die Lip-Oedeme (Urk. 12/M17) und die Adipositas (Urk. 12/M17) der Beschwerdeführerin als Unfallfolgen bezeichnete. Seine Behauptung, die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall vom 10. Juli 2005 Verletzungen an der linken Hüfte zugezogen, welche nach wie vor bestehende Beschwerden ausgehend vom linken Beckenkamm, mit Ausdehnung in die linke Leiste und in den linken Hüftgelenksbereich zur Folge hätten, entbehrt jeglicher befundmässiger

Grundlage. Und für das nach dem Unfall diagnostizierte lumbo-vertebrale Syndrom mit Ausstrahlung in beide Beine hat die von Dr. Holderer selbst veranlasste radiologische Abklärung nur Befunde gezeigt, welche auf eine unfallfremde Ursache hindeuten (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.5).

2.1.4 Nach der erneuten (Erstuntersuchung siehe Sachverhalt Ziff. 1.1.5) Untersuchung der Beschwerdeführerin am 24. August 2009 diagnostizierte Dr. F. ein posttraumatisches, cervico-cephales Schmerzsyndrom, anhaltende Schulterschmerzen links, einen Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Velounfall am 10. Juli 2005, mit Commotio cerebri, Überdehnungstrauma der HWS, Radiusknochenfraktur rechts, Schulterprellung links sowie diversen Schürfwunden und Prellungen. Als neurologisch relevant bezeichnete er die Commotio cerebri und das wahrscheinlich erlittene HWS-Trauma erheblichen Ausmasses. Wahrscheinliche Folge sei eine minimale Hirnschädigung mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, welche neuropsychologisch noch genauer abgeklärt werden müssten (Bericht vom 25. August 2009, Urk. 3/8).

An klinischen Befunden konnte Dr. F. lediglich eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS mit deutlich verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur sowie Hypästhesien und Dysästhesien in den Beinen erheben. Im Übrigen waren - wie bereits in der Erstuntersuchung - sowohl der neurologische Status in allen Teilen als auch der EEG-Befund regelrecht.

Seine Diagnostik konnte sich daher nur auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin über den Unfallhergang und -ablauf abstützen. Demgemäss hatte die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 10. Juli 2005 das Bewusstsein verloren, mit retrogradem Anteil, und konnte deshalb den Sturzablauf nicht wiedergeben. Nach dem Unfall habe die Bewusstlosigkeit mindestens zehn Minuten angehalten. Ferner gab die Beschwerdeführerin an, nach der stationären Rehabilitation in Bellikon sei es zu verstärkten Nacken- und Kopfschmerzen mit begleitend unscharfem Sehen und Schwankschwindel sowie erheblichen Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten gekommen.

Offenkundig erfolgte die Beurteilung des Dr. F. vom 25. August 2009 jedoch nicht in Kenntnis der vollständigen medizinischen Vorakten, insbesondere des Austrittsberichts der B. von 19. Oktober 2005 (Urk. 12/M6) und der hausärztlichen Verlaufsberichte bis Mitte des Jahres 2006 (Urk. 12/M7-M11). Denn aus diesen Vorakten ist ohne Weiteres ersichtlich, dass die vier Jahre nach dem Unfall erhobenen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin über den Unfallhergang und -ablauf in Widerspruch zu ärztlich dokumentierten früheren Angaben stehen. Dies deutet darauf hin, dass auf die aktuelle Erinnerung der Beschwerdeführerin an das Unfallgeschehen nicht abgestellt werden kann. Da aber die Beurteilung Dr. F.'s befundmässig auf dieser Grundlage beruht, kann sie nicht überzeugen (vgl. Erw. 1.5).

2.1.5 Aus dem von der Beschwerdeführerin nachgereichten Bericht Dr. N.'s (Urk. 15) ist ersichtlich, dass dieser am 11. Juni 2010 Vernarbungen oder Verkalkungen im linken Supraspinatus festgestellt hatte, welche auf dem Röntgenbild vom 3. August 2005 noch nicht vorhanden waren. Dies ist als Hinweis auf eine mögliche Spätfolge der Schulterverletzung vom 10. Juli 2005 zu werten.

2.2.1.1 Hinsichtlich der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass es nach der Beurteilung Dr. M. \_\_\_s vom 24. Juni 2009 (Urk. 12/M27) bei Eintritt der Beschwerdeführerin in die B. \_\_\_ bereits Hinweise auf - unfallfremde - psychische Belastungsfaktoren gab, welche einen schnellen Rehabilitationsverlauf behinderten, sowie dass die bevorstehende Konfrontation mit diesen Belastungsfaktoren bei Klinikaustritt zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands und zur Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion führten. In der Folge hatte sich ein depressives Zustandsbild leichten bis mittleren Ausmasses entwickelt, dessen Ursache laut Dr. M. \_\_\_ in den erwähnten psychosozialen Faktoren liegen musste, da die somatischen Unfallfolgen abgeheilt waren und der Unfall nicht einem psychischen Trauma entsprach, welches langdauernde Folgen haben konnte.

2.2.2 Tatsächlich ist nach dem Austritt der Beschwerdeführerin aus der B. \_\_\_ bis zu ihrer notfallmässigen Hospitalisation wegen der Cauda Equina- Problematik auch keine schwere, die Arbeitsfähigkeit signifikant beeinträchtigende psychische Symptomatik aktenkundig. Nach der hausärztlichen Beurteilung konnte die Beschwerdeführerin trotz der diagnostizierten Anpassungsstörung ihre Arbeitsfähigkeit kontinuierlich bis auf 90 % steigern (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.4). Und auch anlässlich des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der psychosomatischen Klinik G. \_\_\_ wurden im Verlauf eine weitgehende Überwindung der Anpassungsstörung sowie ein sich zunehmend stabilisierender Gesundheitszustand festgestellt (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.7).

2.2.3 Die von Dr. J. \_\_\_ in seinem Bericht vom 1. Dezember 2008 aufgestellte Behauptung, die Hospitalisation in der I. \_\_\_ vom 18. April bis zum 6. August 2008 sei aufgrund psychiatrischer Diagnosen erfolgt, die der Myelitis vom Januar 2008 prä-morbid vorbestehend waren (Urk. 12/M24), findet in den Akten keine Stütze und vermag aus zwei Gründen nicht zu überzeugen.

Zum einen sind für die von Dr. J. \_\_\_ im Bericht vom 11. Juni 2008 (Urk. 12/M22) zunächst als subklinische posttraumatische Belastungsstörung nach Fahrradunfall 2005 postulierte, im weiteren Verlauf (vgl. Bericht vom 1. Dezember 2008, Urk. 12/M24) als mittelgradige posttraumatische Belastungsstörung, seit 2005 fortbestehend, bezüglich der intrusiven Symptomatik, der Vermeidung und Übererregbarkeit weiterhin klinisch manifest bezeichnete Störung keine echtzeitlich erhobenen ärztlichen Befunde dokumentiert. Dies gilt nicht nur - worauf Dr. M. \_\_\_ hinweist - hinsichtlich der Berichte Dr. J. \_\_\_s vom 11. Juni und 1. Dezember 2008, sondern auch hinsichtlich des Berichts vom 1. September 2009 (Urk. 3/7). Denn dort findet sich lediglich eine zusammenfassende fachärztliche Beschreibung der Symptomatik, welche angeblich im Zeitraum zwischen dem Austritt aus der B. \_\_\_ im Herbst 2005 und der Hospitalisation in der I. \_\_\_ im Frühjahr 2008 vorgelegen haben soll. Irgendwelche konkreten, von der Beschwerdeführerin geschilderten Begebenheiten (anamnestische Befunde) oder echtzeitlichen ärztlichen Feststellungen (klinische Befunde) können dieser Zusammenfassung jedoch nicht entnommen werden.

Und zum anderen ist die von Dr. J. \_\_\_ im Bericht vom 11. Juni 2008 (Urk. 12/M22) selber vertretene These, dass es wegen der im Januar 2008 aufgetretenen schwerwiegenden körperlichen Erkrankung mit Paraparese (vgl. Erw. 2.2.1) zu einer Verstärkung der Depression mit Somatisierung gekommen sei, durchaus plausibel. Denn, wollte man mit Dr. J. \_\_\_ - aber entgegen der höchststrichterlichen Rechtsprechung (vgl.

Urteile des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C\_248/2007, sowie des EVG vom 28. Dezember 2006, I 203/06) - davon ausgehen, dass ein rund zweieinhalb Jahre zurückerfolgender Sportunfall ohne Fremdeinwirkung, welcher einem der betreffenden Sportart inhärenten, keineswegs ungewöhnlichen und bewusst in Kauf genommenen Risiko entsprach, als auslösendes belastendes Ereignis für die Manifestierung einer posttraumatischen Belastungsstörung genügt, könnte man auch dem plötzlichen unerwarteten Auftreten eines akuten Cauda Equina-Syndroms mit schmerzhaftem Stuhlgang, dann Schmerzen im Gesäss mit Ausdehnungen ins linke Bein und Probleme mit dem Wasserlassen, Gefühllosigkeit im Analbereich sowie Gefühlsstörungen in den sakralen Segmenten S1 bis S5 auf beiden Seiten (vgl. Urk. 3/8 S. 2) das Belastungspotential zur Auslösung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht absprechen. Wenn man also trotz den fachlich begründeten Einwänden Dr. M. \_\_s, wonach das auslösende Ereignis für eine solche Diagnose nicht genüge und die Störung auch nicht innert eines halben Jahres seit dem Ereignis aufgetreten sei, an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung festhalten wollte, wäre das akute Cauda Equina-Syndrom als auslösendes belastendes Ereignis deutlich naheliegender als der damals bereits ohne bleibende Schäden ausgeheilte Sportunfall.

2.2.4.4 Schliesslich ist noch darauf hinzuweisen, dass auch die Diagnostik Dr. J. \_\_s massgeblich auf anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruht, welche erst zu einem Zeitpunkt erfolgten (der ausführliche Bericht Dr. J. \_\_s vom 1. September 2009, Urk. 3/7, beruht auf der Untersuchung vom 21. August 2009), als die Erinnerung der Beschwerdeführerin an das Unfallgeschehen nicht mehr mit den früher gemachten Angaben übereinstimmte. Auch aus diesem Grund vermag die Kausalitätsbeurteilung Dr. J. \_\_s nicht zu überzeugen (vgl. Erw. 1.5).

### 2.3.1.1

2.3.1.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf die medizinische Beurteilung Dr. K. \_\_s vom 9. Oktober 2008 (Urk. 12/ M23) mit Verfügung vom 10. November 2008 (Urk. 12/64) ihre Leistungen per 30. November bzw. 31. Dezember 2008 eingestellt sowie gestützt auf die Beurteilungen Dr. L. \_\_s vom 23. Juni 2009 (Urk. 12/M26) sowie Dr. M. \_\_s vom 24. Juni 2009 (Urk. 12/M27) den die Leistungseinstellung bestättigenden Einspracheentscheid vom 3. Juli 2009 erlassen hat.

Die übereinstimmenden Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, gemäss denen im Zeitpunkt des Fallabschlusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine durch das Unfallereignis vom 10. Juli 2005 verursachten Schädigungen mehr vorlagen, stehen in Einklang mit der gesamten medizinischen Aktenlage und werden durch keine den Anforderungen von Erwägung 1.4 entsprechenden fachärztlichen Beurteilungen auch nur im Geringsten in Frage gestellt. Vielmehr handelt es sich - mit Ausnahme des Berichts von Dr. N. \_\_s über die am 11. Juni 2010 von ihm erhobenen Befunde (vgl. Erw. 2.1.5) - bei allen von der Beschwerdeführerin zu den Akten gereichten ärztlichen Bescheinigungen von anhaltenden Unfallfolgen um Diagnosen ohne befundmässige Grundlage und spekulative Kausalitätsbeurteilungen.

2.3.2.1 Der Bericht Dr. N. \_\_s über die am 11. Juni 2010 erhobenen Befunde ist von der Beschwerdegegnerin als Meldung einer möglichen Spätfolge der beim Unfall vom 10. Juli 2005 erlittenen Schulterverletzung entgegenzunehmen, vermag aber die

vorstehende Feststellung hinsichtlich der beim Fallabschluss vom 10. November 2008 bzw. 3. Juli 2009 noch vorgelegenen Unfallfolgen nicht in Frage zu stellen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Y.\_\_\_\_

- Rechtsanwalt Reto Zanolli

- 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).

## E. 1.1

1.1.1 X.\_\_\_\_, geboren 1967, hatte am 1. Juli 2005 eine 60%-Stelle bei der Z.\_\_\_\_ angetreten und war daselbst unfallversichert, als sie am 10. Juli 2005 mit ihrem Mountain-Bike auf einem abschüssigen Waldweg stürzte (Urk. 12/1, Urk. 12/11 und Urk. 12/M6).

1.1.2 Die medizinische Erstversorgung erfolgte gleichentags im Kreisspital A.\_\_\_\_, wo eine nicht dislozierte intraartikuläre Radiusköpfchenfraktur rechts, eine Schulterkontusion links (mit Verdacht auf Rotatorenmanschetten-Läsion), eine Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion sowie multiple Exkorationen diagnostiziert wurden. Im Verlauf des bis zum 27. Juli 2005 dauernden Aufenthalts im Kreisspital A.\_\_\_\_ klagte die Versicherte vor allem über Schmerzen im Bereich der linken Schulter sowie der HWS und über ein leichtes Schwindelgefühl. Ossäre Läsionen der HWS konnten radiologisch nicht festgestellt werden. Unter ausreichender Analgesie, myotonolytischer Behandlung und Physiotherapie kam es zu einer deutlichen Regredienz der Beschwerden (Bericht vom 3. August 2005, Urk. 12/M1).

1.1.3 Ab dem 27. Juli bis zum 27. September 2005 weilte die Versicherte zur stationären Rehabilitation in der B.\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 19. Oktober 2005, Urk. 12/M6). Dort wurden - in Ergänzung zur Diagnoseliste des Kreisspitals A.\_\_\_\_ - noch eine Hüftkontusion links sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt (ICD-10: F43.22) diagnostiziert. Als Hauptprobleme wurden eine eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Arms, eine eingeschränkte Beweglichkeit der

linken Schulter, eine Funktionsstörung der unteren HWS mit eingeschränkter Rotation nach rechts und Flexion sowie myofasziale Nacken-, Schulter- und Armschmerzen links und myofasziale Schmerzen im Halsbereich links bezeichnet. Der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur wurde durch eine MRI-Schulterarthrographie links nicht bestätigt. Anfängliche Schwindelbeschwerden hatten sich weitgehend zurückgebildet.

1.1.4.4 In der Folge konnte die Versicherte trotz der diagnostizierten Anpassungsstörung ihre Arbeit am 1. November 2005 im Umfang von 60 % ihres 60%-Pensums wieder aufnehmen und unter hausärztlicher Betreuung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, sowie Physio-, Balneo- und Malthherapie sukzessive bis zum 1. Juli 2006 auf 90 % steigern (vgl. Urk. 12/M7-M11).

1.1.5.5 Im Auftrag von Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom E.\_\_\_\_ durchgeführt MRI-Untersuchungen der linken Hüfte und der HWS vom 25. Oktober 2006 konnten zwar Befunde für mässige degenerative Veränderungen der HWS, aber keinen Nachweis von Unfallverletzungen liefern (Urk. 12/M13). Auch im Bereich der unteren Brust- sowie der Lendenwirbelsäule wurden durch ein natives MRI degenerative Veränderungen - mit einer Hernie auf Höhe L4/5 - nachgewiesen (Urk. 12/M14). Die am 5. und 8. Februar 2007 von Dr. med. F.\_\_\_\_, Neurologie FMH, durchgeführten Untersuchungen (Neurographie, Nadel-EMG, EEG, visuell evozierte Potentiale) blieben alle befundlos; insbesondere gab es keinerlei Hinweise auf eine Verletzung am zentralen Nervensystem (Urk. 12/M15).

1.1.6.6 Gestützt auf diese Abklärungen diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ am 22. Februar 2007 in Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Juli 2005 nebst dem Status nach Radiusköpfchenfraktur rechts sowie der Schulter- und Halskontusion links ein Beschleunigungstrauma der HWS, ein cervico-cephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite sowie eine fraglich Commotio cerebri (bei fraglicher Bewusstlosigkeit und fraglicher Amnesie). Als nicht mit dem Unfall zusammenhängend diagnostizierte er ein lumbo-vertebrales Syndrom mit Ausstrahlung links betont beidseits sowie eine Adipositas. Weiter bestätigte er aufgrund der Restbeschwerden des Unfalls eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin im Bereich Marketing (Urk. 12/M16).

1.1.7.7 Anlässlich eines stationären Aufenthalts der Versicherten in der psychosomatischen Klinik G.\_\_\_\_ vom 13. Oktober bis zum 1. Dezember 2007 wurden im Verlauf eine weitgehende Überwindung der Anpassungsstörung sowie ein sich zunehmend stabilisierender Gesundheitszustand festgestellt (Bericht vom 18. Dezember 2007, Urk. 12/M19).

1.1.8.8 Am 8. und 30. April 2008 berichtete das H.\_\_\_\_ über eine linksbetonte sensomotorische Paraparese unter Th7 bei einer durch Herpes simplex Infektion verursachten Myelitis zu Beginn des Jahres. Aus neurologischer Sicht wurde die Versicherte per 30. April 2008 als mindestens zu 50 % wieder arbeitsfähig angesehen. Weiter wurden ein chronisches Schmerzsyndrom sowie eine Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz als die Arbeitsfähigkeit limitierend bezeichnet. Zur weiteren Abklärung der psychischen Problematik wurde die Versicherte in die I.\_\_\_\_ überwiesen (Urk. 12/M20 und Urk. 12/M21).



(Antrag 2) und eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten (Antrag 2a). Eventualiter sei die Beschwerdeführerin medizinisch begutachten zu lassen (Antrag 2b) und es seien ab 1. Dezember 2008 bis auf Weiteres Taggeldleistungen zu erbringen (Antrag 3) sowie Heilungskosten auszurichten (Antrag 4). Zusammen mit der Beschwerdeschrift reichte die Beschwerdeführerin den Bericht der I. \_\_\_ vom 1. September 2009 (Urk. 3/7) sowie denjenigen Dr. F. \_\_\_s vom 25. August 2009 (Urk. 3/8) zu den Akten.

Am 27. November 2009 liess sich die Beschwerdegegnerin mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde vernehmen (Urk. 11).

Das Doppel der Vernehmlassung wurde der Beschwerdeführerin am 2. Dezember 2009 zugestellt (vgl. Urk. 13).

Mit Eingabe vom 19. Oktober 2010 (Urk. 14) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht des Dr. med. N. \_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 15. Oktober 2010 über die Konsultation vom 11. Juni 2010 (Urk. 15) zu den Akten.

Das Gericht zieht in Erwägung:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.