

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00320

vom 10. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00320

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00320 du 10 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00320 del 10 settembre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, mangels unfallbedingtem strukturellem Korrelat für noch bestehende Beschwerden sei die Adäquanz gemäss BGE 134 V 109 zu prüfen und - bei Einordnung des Unfalls im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten - zu verneinen (Urk. 2 S. 6 Ziff. 4c).

2.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, ihr Anspruch auf rechtliches Gehör sei infolge fehlender Begründung der am 18. November 2008 ergangenen Verfügung verletzt worden (Urk. 1 S. 18 f. Ziff. 3.1). Sie kritisierte die Sachverhaltsdarstellung im angefochtenen Entscheid (Urk. 1 S. 20 Ziff. 3.5.2), bezeichnete die erfolgte Beweiswürdigung - aus näher dargelegten Gründen - als rechtsmissbräuchlich (Urk. 1 S. 20 ff. Ziff. 3.5.2.1) und aktenwidrig (Urk. 1 S. 22 Ziff. 3.5.2.2) und stellte sich auf den Standpunkt, das von ihr eingeholte und vom Institut Z.____ (Z.____) erstattete Gutachten sei beweiskräftiger als das im Auftrag der Invalidenversicherung vom Begutachtungsinstitut A.____ (A.____) erstattete Gutachten (Urk. 1 S. 21 ff.). Ferner habe die Beschwerdegegnerin den ihr obliegenden Beweis für den Wegfall der adäquaten Kausalität nicht erbracht (Urk. 1 S. 24 ff. Ziff. 3.2) und die einzelnen Adäquanzkriterien seien erfüllt (Urk. 1 S. 25 ff.).

2.3. Strittig und zu prüfen ist somit, ob zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (November 2008) noch bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom November 2005 ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang bestanden hat.

3. Die Adäquanz

3.1. Vorweg zu behandeln ist die formelle Rüge der Beschwerdeführerin, es sei ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden, weil die am 18. November 2008 ergangene Verfügung nicht ausreichend begründet gewesen sei (Urk. 1 S. 18 f. Ziff. 3.1).

3.2. In der Einsprache vom 16. Dezember 2008 gegen die erwähnte Verfügung (Urk. 8/154) äusserte sich die Beschwerdeführerin eingehend zur medizinischen Aktenlage und dazu, wie diese ihres Erachtens zu würdigen sei (S. 2 ff.). Sodann bemängelte sie, dass die Beschwerdegegnerin keine vertiefte Adäquanzprüfung vorgenommen habe, weshalb es schwierig sei, dazu Stellung zu nehmen (S. 5 unten).

Die Beschwerdeführerin hat im Einspracheentscheid (Urk. 2) auf die praxisgemässen Adäquanzkriterien Bezug genommen und dargelegt, warum ihres Erachtens die Adäquanz zu verneinen sei (Urk. 2 S. 5 f. Erw. 5), während sich die

Beschwerdeführerin in der dagegen erhobenen Beschwerde ihrerseits zur Adäquanz und den entsprechenden Kriterien geussert hat (Urk. 1 S. 24 ff.).

3.3 Gemäss der von der Beschwerdeführerin selbst angeführten Rechtsprechung muss eine Verfügung soweit begründet sein, dass es möglich ist, sie sachgerecht anzufechten (Urk. 1 S. 19). Die von der Beschwerdeführerin erhobene Einsprache zeigt, dass es möglich gewesen ist, die ergangene Verfügung sachgerecht anzufechten. Somit hat deren Begründung den rechtsprechungsgemässen Kriterien genügt.

Damit erweist sich die formelle Rüge der Beschwerdeführerin als unbegründet.

E. 4

4.1 Am 22. Januar 2004 übersah die Beschwerdeführerin beim Hinuntersteigen einer Leiter die letzte Sprosse und machte einen Fehltritt (Urk. 9/1 Ziff. 7). In der Folge wurde ein Distorsionstrauma des linken oberen Sprunggelenks diagnostiziert (Urk. 9/4 Ziff. 1).

Mit Verfügung vom 30. Juni 2005 und Einspracheentscheid vom 3. Februar 2006 stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 10. Juli 2005 ein (Urk. 9/29 S. 2 oben), dies mit der Begründung, die Unfallfolgen seien abgeheilt und eine bestehende Hüftproblematik sei nicht unfallkausal (Urk. 9/41 S. 3 lit. F).

Dies wurde vom hiesigen Gericht mit rechtskräftigem Urteil vom 2. Oktober 2007 im Verfahren Nr. UV.2006.00155 bestätigt (Urk. 9/42).

4.2 Am 15. November 2005 befand sich die Beschwerdeführerin als Beifahrerin in einem stillstehenden Auto, das von hinten angefahren wurde (Urk. 8/1 Ziff. 6). Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung lag die Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h (Urk. 8/49 S. 2).

Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags im Spital B., wo gemäss Bericht vom 2. Dezember 2005 (Urk. 8/15) eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde (Ziff. 5). Der Röntgenbefund (vgl. Urk. 8/7) ergab keine ossären Läsionen (Ziff. 4). Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 15. bis 18. November 2005 attestiert (Ziff. 8) und die Arbeitsaufnahme zu 100 % ab 19. November 2005 angegeben (Ziff. 9).

4.3 In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. C., Allgemeine Medizin FMH, behandelt, der am 22. November 2005 als Diagnose ein ausgeprägtes cerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit spondylogener und cephaler Komponente nach Auffahrkollision am 15. November 2005 nannte und die Beschwerdeführerin in die Rehaklinik D. überwies (Urk. 8/6).

In seinem Bericht vom 1. Dezember 2005 (Urk. 8/12) erwähnte Dr. C. unter anderem ein vorbestehendes chronisches Schmerzsyndrom betont thorako-lumbal mit Ausstrahlung ins rechte Bein (Ziff. 3b) sowie als besonderen, den Heilverlauf möglicherweise ungünstig beeinflussenden Umstand eine vorbestehende somatoforme Schmerzstörung (Ziff. 7c).

4.4 Vom 6. bis 24. Dezember 2005 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik D., wo gemäss Austrittsbericht vom 30. Dezember 2005 (Urk. 8/20)

folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1):

- ausgeprägtes zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit zerviko-cephaler und -brachialer Komponente beidseits nach Auffahrkollision am 15. November 2005

- persistierende Häufschmerzen rechts

- Sturz am 22. Januar 2004 (MRI: im Trochanter lokalisierte Flüssigkeitsansammlung sowie Veränderungen im Bereich des Gluteus minimus)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Zeit des Klinikaufenthalts bis 6. Januar 2006 wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, ab 9. Januar 2006 eine solche von 30 % bei einer Präsenzzeit von 50 % (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ bezeichnete am 12. Januar 2006 die genannte Arbeitsunfähigkeit als nicht realistisch; die Beschwerdeführerin sei weiterhin arbeitsunfähig (Urk. 8/19 Ziff. 5).

4.5 Ä Ä Ä Ä Am 20. April 2006 berichtete PD Dr. med. E.____ der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 8/40), dies nach Konsultationen am 20. März und 11. April 2006 (S. 1 Mitte). Er führte unter anderem aus, es bestehe ein cervicobrachiales und cervicocephales Syndrom nach Auffahrunfall. Die Beschwerdeführerin zeige die ganze Symptomatologie von Schmerz, Muskelverspannung, Schwindel, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit wie auch eine insgesamt verminderte Belastbarkeit. Im von ihm veranlassten MRI vom 31. März 2006 sehe man zwar degenerative Veränderungen und Bandscheibenprotrusionen auf mehreren Etagen. Dies seien aber keine Befunde, die eine operative Intervention benötigten (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 22. Mai bis 19. Juni 2005 weilte die Beschwerdeführerin wiederum in der Rehaklinik D.____, worüber mit Austrittsbericht vom 6. Juli 2006 berichtet wurde (Urk. 8/55). Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit zerviko-zephaler und -brachialer Komponente rechtsbetont nach Auffahrunfall am 15. November 2005

- chronisches myofasiales Schmerzsyndrom Schulter- und Beckenquartel rechtsbetont mit Beschwerdemaximum im Gesäßsbereich rechts mit/bei

- minimaler Chondrose der Segmente C3 bis C6 sowie geringer zirkulärer Bandscheibenprotrusion auf Höhe C3/4, C5/6 und diskret C4/5, keine eigentliche Hernie, keine foraminale Einengungen (MRI vom 31. März 2006)

- Chondrose und Diskusprotrusion L4/5 ohne foraminale Einengung (MRI Dezember 2004)

- Haltunginsuffizienz

- Status nach Sturz von Leiter im Januar 2004 mit OSG-Distorsion links und Verdacht auf Zerrung Abduktorenansatz

- depressive Reaktion

- Durchschlafstörungen

- Status nach Pangastritis und Ulcera bulbiduodeni November 1998

- aktuell persistierende Magenschmerzen

- Status nach Colitis des Colon descendens (Coloskopie Januar 2004)

Medizinisch-theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte wechselbelastende Tätigkeit (S. 3 Mitte).

4.6 Kreisarzt Dr. med. F.____ veranlasste nach seiner am 28. August 2006 erfolgten Untersuchung verschiedene zusätzliche Abklärungen (Urk. 8/60 S. 4):

Eine am 13. September 2006 durchgeführte Sonographie der Schulter (Urk. 8/64) ergab, dass sich die Funktionseinschränkung der Schulter nicht auf eine strukturelle Läsion zurückführen liess (Urk. 8/66).

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 27. November 2006 über seine am 23. November 2006 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/79). Er stellte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Verdacht auf somatoforme posttraumatische Störung bei Status nach Heckauffahrunfall am 15. November 2005 und OSG-Distorsionsstrauma links mit fraglicher Hüft-/Rückenkontusion am 24. Januar 2004 mit/bei
- chronisch invalidisierendem therapieresistentem zervikozepalem und -brachialem Schmerzsyndrom rechts verbunden mit Schwindelbeschwerden und Adynamie
- Verdacht auf chronifizierte Periarthropathia coxae rechts
- psychosozialer Belastungssituation
- Verdacht auf leichtgradiges Sulcus ulnaris Reizsyndrom rechts, neurographisch mittels Oberflächen Elektroden nicht untermauerbar

Er berichtete, der detaillierte Neurostatus einschliesslich klinisch-vestibulärer Untersuchung falle normal aus. Einzig als Nebenproblematik finde sich der Verdacht auf ein leichtgradiges Sulcus ulnaris Reizsyndrom rechts (S. 1 unten).

4.7 Am 9. November 2006 berichtete Dr. C.____, ein nach der kreisärztlichen Untersuchung von Ende August 2006 aufgenommener Arbeitsversuch mit 50 % sei nach wenigen Tagen wegen von der Beschwerdeführerin beklagter Schmerzverstärkung und auf seine Empfehlung hin halbiert und am 22. September 2006 abgebrochen worden (Urk. 8/77; vgl. Urk. 8/68).

4.8 Am 1. Mai 2007 berichtete Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals und Gesichtschirurgie, über seine Untersuchung und Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/98). Angesichts der begrenzten Aussagekraft der von Dr. H.____ praktizierten Posturographie (vorstehend Erw. 1.2) erbringt sich eine detaillierte Wiedergabe seiner Ausführungen.

Am 19. September 2007 (Urk. 8/108) und am 13. November 2007 (Urk. 8/114) nahm Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, am 14. März 2008 Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/121), und am 22. April 2008 Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/122), zum Bericht von Dr. H.____ Stellung, der sich seinerseits am 23. Juni 2008 noch einmal äusserte (Urk. 8/136).

4.9. Am 26. Oktober 2007 teilte Dr. C. der Beschwerdegegnerin telefonisch (Urk. 8/109 = Urk. 10/1) und am 6. November 2007 schriftlich (Urk. 8/112 = Urk. 10/2) mit, die Beschwerdeführerin sei aufgrund von Schwindelbeschwerden gestärzt und habe sich eine Meniskusverletzung zugezogen. Der Sturz hatte sich am 18. Juni 2007 ereignet (Urk. 10/3; vgl. Urk. 8/112 Ziff. 2).

4.10. Am 11. Januar 2008 erstatteten Dr. med. L., FMH Orthopädische Chirurgie, Fallführung, Dr. med. M., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. N., Facharzt für Neurologie, und Dr. med. O., FMH Innere Medizin, A., ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 8/116 Beilage). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.) und ihre Untersuchungen vom 20. November 2007 (S. 1).

Als von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerden wurden solche im Nacken-/Schultergürtelbereich, an der rechten Hüfte sowie am linken Knie genannt; als in den Akten angegebene Beschwerden wurden genannt: Kopfschmerzen, Sehstörungen, Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Schultern, Schwindel, Hüftschmerzen rechts, lumbale Rückenschmerzen, depressive Reaktion, Durchschlafstörungen (S. 7 Mitte Ziff. 3.2.1).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 5.1):

- chronisches zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits ohne radikuläre Symptomatik
- leichtgradige degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule
- Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 15. November 2005
- chronische Hüftschmerzen rechts
- leichtgradige degenerative Veränderungen lateral am Acetabulum
- mediale Meniskusläsion Knie links

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) genannt (S. 22 Ziff. 5.2).

Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit im Reinigungsbereich müsse aus neurologisch-orthopädischer Sicht wohl von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 23 Ziff. 6.2).

Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von 10 kg, die in wechselbelastender Position und ohne repetitive Überkopfbewegungen beider Arme durchgeführt werden könnten, bestehe aus neurologisch-orthopädischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht beständen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 6.4).

Die Prognose bezüglich einer Rückkehr in den Arbeitsprozess sei aufgrund der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeiten zu können, als sehr ungünstig zu bezeichnen (S. 25 Ziff. 6.10).

4.11 Am 10. Juni 2008 berichtete Dr. C. über den Verlauf des linken Knie betreffend (Urk. 8/135 = Urk. 10/4). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin bestanden Knieschmerzen sowohl in Belastung wie in Ruhe ziemlich diffus. Objektiv bestehe volle Knieextension und Flexion, kein Kniegelenkserguss, stabiler Bandapparat sowie eine diffuse Druckdolenz im medialen Kompartiment ohne sicher nachweisbare Meniskuszeichen (Ziff. 2). Als Behandlung nannte er Analgesie bei Bedarf (Ziff. 3a), auf eine arthroskopische Untersuchung und Teilmeniskusentfernung (TME) wärde er verzichten müssen (Ziff. 3b).

Am 9. Juli 2008 äusserten sich Dr. med. P., FMH Anästhesiologie und Intensivmedizin, und Dr. Q., Chiropraktor, zur ihres Erachtens angezeigten Behandlung der klassischen Symptome eines Schleudertraumas (Urk. 8/139).

Am 9. Dezember 2008 berichtete Dr. C. wiederum das linke Knie betreffend (Urk. 10/7) und nannte als mitwirkenden unfallfremden Faktor eine somatoforme Schmerzstörung (Ziff. 2b). Auf weitere arthroskopische Diagnostik und Therapie werde nach Absprache mit der Beschwerdeführerin vorerst verzichtet (Ziff. 3b).

4.12 Am 24. März 2009 erstattete PD Dr. med. R., Neurologie FMH, Z., ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 8/162 = Urk. 3/7/1). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 4 ff.), zwischen dem 15. Januar und 2. Februar 2009 erfolgte neurologische, neurootologische, kernspintomografische, rheumatologische, psychiatrische und laborchemische Untersuchungen (vgl. S. 1) sowie Teilgutachten von Dr. med. S., Oberärztin, und Prof. Dr. med. T., Leitender Arzt, Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsspital W., vom 28. Januar 2009 (Urk. 8/159 = Urk. 3/8), von Dr. med. U., FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 23. Februar 2009 (Urk. 8/161 = Urk. 3/7/2), und von Dr. med. V., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. März 2009 (Urk. 8/160 = Urk. 3/23).

Im Z.-Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 23 Ziff. 5):

- Status nach Auffahrkollision am 15. November 2005 mit konsekutiv:
- chronischem panvertebralem Syndrom mit cervico-cephaler und -brachialer Komponente rechtsbetont
- Schwankschwindelbeschwerden und intermittierendem Drehgefühl im Kopf
- DD möglicherweise im Rahmen eines HWS-Traumas
- begleitet von Verschwommensehen, Nausea und nicht-pulssynchronem Tinnitus links
- chronisches myofasiales Schmerzsyndrom Schulter- und Beckenquartel rechtsbetont mit Beschwerden im Gesässbereich rechts bei:
- Verdacht auf Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndroms im Bereiche des Gluteus und rechten Beins
- minimaler Chondrose der Segmente C3 bis C6 sowie geringer zirkulärer Bandscheibenprotrusion auf Höhe C3/4, C5/6 und diskret C4/5, keine eigentliche Hernie, keine foraminale Einengungen (MRI vom 31. März 2006)
- Chondrose, Diskusprotrusion L4/5 ohne foraminale Einengung (MRI Dezember 2004)

- Haltunginsuffizienz

- Status nach Sturz von Leiter im Januar 2004 mit OSG-Distorsion links und Verdacht auf Zerrung Abduktorenansatz und Gluteus medius und minimus

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose gestellt werden (S. 22 Ziff. 4.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Unfallkausalität des cervicocephalen (S. 31 ff.) und des cervicobrachialen (S. 33) Syndroms sowie eines (in den gestellten Diagnosen nicht aufgeführten) Analgetikaüberkonsums (S. 33) wurde als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet, diejenige des Schwindels (S. 33 f.), der Sehstörung und des Tinnitus (S. 34) lediglich als möglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig, nur unfallbedingte Faktoren berücksichtigend zu 50 %. In einer näher umschriebenen - adaptierten Tätigkeit sei sie nach erfolgter Therapie zu 80 % arbeitsfähig; ob allenfalls auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden könne, müsse heute noch offen gelassen werden (S. 36 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wurde eine weitere Behandlung empfohlen, namentlich ein Wechsel in der Medikation (S. 41 lit. A-B), Physiotherapie (S. 42 lit. C), eine psychiatrische Evaluation (S. 42 lit. D), allenfalls lokale Infiltrationen (S. 42 lit. E).

4.13 Ä Ä Ä Ä Am 16. Juli 2009 nahm Dr. J. ___ (vorstehend Erw. 4.8) zum Z. ___-Gutachten Stellung (Urk. 8/166).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie wies darauf hin, dass im entsprechenden Untersuchungsbericht keine objektivierbaren (von der Mitarbeit beziehungsweise den Angaben des Patienten unabhängigen) pathologischen Befunde dokumentiert seien (S. 1 unten). Die beschriebene Kopfseitwärtsneigung, die Angabe von Druckdolenzen und die Beschreibung eines unphysiologischen unsicheren Gangbildes hätten einen subjektiven Charakter (S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das cervicocephale Syndrom sei nicht durch objektivierbare Befunde belegt und entspreche zudem keiner Diagnose, denn ein Syndrom sei definitionsgemäss eine Gruppe von Krankheitszeichen, die für ein bestimmtes Krankheitsbild meist einheitlicher Ätiologie aber unbekannter Pathogenese charakteristisch seien. Insofern seien auf ein Syndrom bezogene Kausalitätsaussagen sehr kritisch zu diskutieren und insbesondere im gutachterlichen Kontext nicht zulässig (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Z. ___-Gutachten sei keine neurologische Diagnose - weder unfallbedingt noch unfallfremd - formuliert, die eine Einschränkung der Leistungs- oder auch Arbeitsfähigkeit erklären würde. Die im Gutachten unter Diagnosen aufgeführten Beschwerden könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 15. November 2005 zugeordnet werden (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des mehrfach dokumentierten unauffälligen Untersuchungsbefundes und dem fehlenden Nachweis unfallbedingter struktureller Läsionen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die erlittene HWS-Distorsion folgenlos abgeheilt sei und die aktuell geltend gemachten Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 15. November 2005 erklärt seien (S. 2 unten).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin, müsse, um zur Einstellung der von ihr erbrachten Leistungen berechtigt zu sein, den Wegfall der adäquaten Kausalität beweisen (Urk. 1 S. 24 unten).

Dies ist nicht zutreffend. Die Beschwerdegegnerin hat bis zur strittigen Leistungseinstellung ihre Leistungen erbracht, ohne die Frage des rechtsgleichen, insbesondere adäquaten, Kausalzusammenhangs zu prüfen. Erst im Hinblick auf die nunmehr strittige Leistungseinstellung hat überhaupt eine entsprechende Prüfung stattgefunden, und die Beschwerdegegnerin hat, entsprechend dem Ergebnis der durchgeführten Prüfung, die erstmals aufgeworfene Frage der Adäquanz verneint.

Ob die Voraussetzungen einer fortgesetzten Leistungspflicht gegeben oder nicht gegeben sind, ist dann zu prüfen, wenn von der Fortsetzung der Heilbehandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Art. 19 Abs. 1 UVG), was sich insbesondere auf die zu erwartende Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bezieht (BGE 134 V 155 Erw. 4.3). Ergibt die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, dass im fraglichen Zeitpunkt noch bestehende Beschwerden (und deren weitere Behandlung) nicht unfallkausal sind, so zeigt dies gerade, dass es richtig gewesen ist, in diesem Zeitpunkt die Frage der Unfallkausalität aufzuwerfen und zu prüfen. Eine andere Betrachtungsweise würde den Zeitpunkt der Leistungsprüfung so weit in die Zukunft verschieben, dass die Versicherung Leistungen im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen erbringen würde, die bei rechtzeitig geprüfter Adäquanz als nicht unfallkausal zu beurteilen gewesen wären.

5.2 Zu prüfen ist also, ob zwischen den im strittigen Zeitpunkt vorhandenen Beschwerden und dem erlittenen Unfall ein rechtsgleicher Kausalzusammenhang besteht.

Nachdem sich die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion zugezogen hat, ist in einem ersten Schritt zu fragen, ob für die vorhandenen Beschwerden ein organisches Korrelat im Sinne von durch den Unfall hervorgerufenen strukturellen Verletzungen vorliegt. Bejahendenfalls wäre der (natürliche und adäquate) Kausalzusammenhang gegeben. Fehlt es an einem organischen Substrat der vorhandenen Beschwerden, so kommt es zur Adäquanzprüfung anhand der in BGE 134 V 109 umschriebenen Kriterien.

5.3 Im angefochtenen Entscheid wurde explizit auf die medizinische Beurteilung vom 16. Juli 2009 durch Dr. J. (vgl. Urk. 8/166) verwiesen (Urk. 2 S. 3 lit. D).

In der genannten Beurteilung legte Dr. J. mit entsprechender Begründung dar, dass sich aus keiner der verfügbaren medizinischen Unterlagen - auch nicht dem von der Beschwerdeführerin veranlassten Z.-Gutachten - ein Nachweis für eine unfallbedingte strukturelle Läsion ergibt (vorstehend Erw. 4.13).

Im Sinne der von der Beschwerdeführerin angemahnten inhaltlichen Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Beweismitteln (Urk. 1 S. 22 oben) sind die Darlegungen von Dr. J. als nachvollziehbar, schlüssig begründet und

Überzeugend zu taxieren. Es ist, gestützt auf die Akten, nicht ersichtlich, was es dagegen einzuwenden geben könnte.

Die Beschwerdeführerin ihrerseits hat sich zu zahlreichen medizinischen Akten und den dort behandelten Aspekten ausführlich geäußert und den ihres Erachtens unzutreffenden Beurteilungen in den Akten und im angefochtenen Entscheid ihre eigene Argumentation entgegengesetzt (Urk. 1 S. 20-27). Zur Frage hingegen, wie es sich mit Vorhandensein oder Fehlen struktureller Läsionen und eines objektivierbaren Substrats der bestehenden Beschwerden verhält und wie die Beurteilung durch Dr. J. ___ zu qualifizieren sei, hat sie sich nicht vernehmen lassen. Dieses Schweigen der - rechtskundig vertretenen - Beschwerdeführerin ist als ein qualifiziertes aufzufassen. Es bedeutet, dass auch für sie keine vertretbaren Einwände gegen die genannte Beurteilung ersichtlich sind.

Somit ist davon auszugehen, dass die bestehenden Beschwerden kein organisches Korrelat haben, womit die Adäquanzprüfung gemäss BGE 134 V 109 zu erfolgen hat.

5.4 Zur Unfallschwere hat sich die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht geäußert, während die Beschwerdegegnerin einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem leichten angenommen hat (Urk. 2 S. 6 Ziff. 4c).

Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal werden von der Rechtsprechung regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis - und unter bestimmten Umständen lediglich als leichtes - Unfallereignis qualifiziert (SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.2.2).

Vor diesem Hintergrund kann nicht zweifelhaft sein, dass die Einordnung als mittelschweres Unfallereignis an der Grenze zu einem leichten zutreffend ist.

5.5 Dass das Kriterium besonders dramatischer Begleitumstände nicht erfüllt ist, hat auch die Beschwerdeführerin bestätigt. Die von ihr genannten Umstände (Urk. 1 S. 25 unten) sodann sind im Zusammenhang mit banalen Auffahrkollisionen wie der vorliegenden derart häufig anzutreffen, dass keine Rede davon sein kann, dass sie für eine besondere Eindringlichkeit sprechen würden.

Zur Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen hat sich die Beschwerdeführerin nicht geäußert. Das Kriterium ist denn auch offensichtlich nicht erfüllt.

Ein weiteres Kriterium ist eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.3), und nicht, wie von der Beschwerdeführerin angenommen, deren ungewöhnlich lange Dauer (Urk. 1 S. 25 f.). Dokumentiert ist eine niederfrequente, wenig intensive ärztliche Betreuung der Beschwerdeführerin, die das Kriterium klarerweise nicht erfüllt. Auch die beiden von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Rehabilitationsaufenthalte (Urk. 1 S. 25 f.), wovon der erste wenige Wochen nach dem Unfall und damit vergleichsweise in einem bemerkenswert frühen Zeitpunkt stattfand, können gerade nicht als belastend im Sinne des Kriteriums erachtet werden.

Bei den Beschwerden, welche nach Ansicht der Beschwerdeführerin im Rahmen der Adäquanzprüfung relevant sind (Urk. 1 S. 26 Mitte), ist für eine Mehrzahl erstellt, dass sie - selbst gemäss der Beurteilung im von ihr veranlassten Gutachten - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sind, nämlich der Tinnitus, die Sehstörungen und die Schwindelbeschwerden. Vor diesem Hintergrund kann das Kriterium erheblicher Beschwerden nicht als erfüllt erachtet werden.

Die Beschwerdeführerin steht sodann auf dem Standpunkt, aufgrund des im Z. ___-Gutachten (zwar nicht diagnostizierten, aber) erwähnten Analgetikaüberkonsums sei das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung oder eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen als erfüllt zu betrachten (Urk. 1 S. 26 Mitte). Rechtsprechungsgemäss genügt jedoch die Einnahme vieler Medikamente gerade nicht zur Erfüllung des Kriteriums (SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.3).

Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten sind selbst gemäss der Beurteilung im von der Beschwerdeführerin veranlassten Gutachten zu einem nennenswerten Teil durch unfallfremde Leiden verursacht. Auch der von der Beschwerdeführerin angeführte (einmalige) Arbeitsversuch (Urk. 1 S. 26 unten) vermag nicht zu überzeugen, musste er doch wegen der niedrigen Schmerztoleranz der Beschwerdeführerin abgebrochen werden (vorstehend Erw. 4.7), die ihrerseits eine einleuchtende Erklärung in ihrer subjektiven Einschätzung findet, sie könne nicht mehr arbeiten (vorstehend Erw. 4.10 in fine). Diese Einstellung ist gerade das Gegenteil dessen, was dazu führen sollte, das Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu bejahen. Es ist folglich zu verneinen.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Damit fehlt es an der Adäquanz und demzufolge an einem rechtsgenäglichen Kausalzusammenhang zwischen den im November 2008 noch bestehenden Beschwerden und dem im Januar 2005 erlittenen Unfall.

Der angefochtene Entscheid ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Katja Ziehe

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- 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.