

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00101 vom 29. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00101

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00101 du 29 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00101 del 29 marzo 2012

Erwägungen

E. 4

4.1. Im Bericht vom 5. März 2001 über die medizinische Erstversorgung nach dem Unfall am 31. Januar 2001 diagnostizierten die Ärzte des Z. eine undislozierte Nasenbeinfraktur sowie unklare Nacken- und Kopfschmerzen (Urk. 16/2). In der Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 7. Februar 2001 wurden zusätzlich noch eine Gehirnerschütterung sowie ein Schleudertrauma erwähnt (Urk. 16/1).

Dr. W., welcher die weitere hausärztliche Betreuung übernahm, registrierte am 7. März 2001 nach einer therapeutischen Behandlung folgende neu aufgetretenen Symptome: radikale Symptomatik im linken Arm, Parästhesien am Zungengrund, Kältegefühl in beiden Händen sowie Schwellungsgefühl. Deshalb ordnete er eine MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule an. Der radiologische Befund vom 19. März 2001 wies keine frakturverdächtige Läsion der Halswirbelsäule aus. Dagegen zeigte sich auf den MRT-Bildern ein Wirbelkörperhämangiom BWK 4, eine Kyphosierung der Halswirbelsäule, eine Osteochondrose im Segment C5/C6 mit einer kleinvolumigen medio-rechts-lateralen, in den Foraminaleingang zu liegen kommenden Diskushernie mit Einengung des Subarachnoidalraumes um die Nervenwurzel C6 rechts sowie mit einer diskreten begleitenden Diskusprotrusion nach links ausladend ohne Nervenwurzelkompression (Urk. 16/4).

Im Verlaufsbericht vom 5. Juni 2001 führte Dr. A. als Diagnose einen Status nach heftiger Gesichtskontusion mit konsekutivem HWS-Schleudertrauma, einer Nasenbeinfraktur sowie einer kleinen Diskushernie C5/C6 an. Der Heilungsverlauf sei schleppend, es beständen nach wie vor Zervikalgien, zerviko-brachiale Sensibilitätsstörungen links, zeitweise Atembeschwerden, Kopfweh und Konzentrationsschwäche sowie Muskelverspannungen (Urk. 16/5). Gemäss Verlaufsbericht vom 6. September 2001 bestanden keine Atembeschwerden mehr (Urk. 16/8). Im Zwischenbericht vom 25. Oktober 2001 führte Dr. A. bei den Diagnosen anstelle des konsekutiven HWS-Schleudertraumas ein konsekutives Cervicalsyndrom und postcommotionelle Cephalaea an und neu den Verdacht auf einen beim Unfall erlittenen Schleudertraumamechanismus. Bei den Befunden erwähnte er, die Halswirbel- und Kopfmotilität seien unauffällig (Urk. 16/9).

Aus dem Bericht vom 31. Oktober 2001 über die gleichentags bei Dr. med. I., Facharzt für Chirurgie und Spezialist für manuelle Medizin (SAMM), erfolgte kreisärztliche Untersuchung ergibt sich, dass nach dem Unfall auch ein Schädel-CT erfolgte, welches unauffällige Befunde ergab. Dr. I. erhob einen thorakalen Flachrücken. Seiner Ansicht nach stand bei der Beschwerdeführerin eine

muskuläre Dysbalance mit Verkürzung der vorderen Brustmuskulatur und abgeschwächter autochthoner Muskulatur im Vordergrund. Er gehe von einer Regredienz der fortbestehenden Symptomatik unter der laufenden Therapie aus. Die Verunsicherung der Beschwerdeführerin in Bezug auf das von Dr. A. ___ diagnostizierte "Schleudertrauma" sei offensichtlich. Er habe ihr ausführlich erklärt, dass ein Schleudertrauma-Mechanismus nicht stattgefunden habe, da keine Schwerkraft auf die Halswirbelsäule eingewirkt hätten. Dagegen habe ein erheblicher Abknickmechanismus stattgefunden (Urk. 16/11).

Im Auftrag von Dr. I. ___ unter anderem mit der Indikation HWS-Distorsion nach Kopfanprall mit Abknickmechanismus am 31.01.01 angefertigte Röntgenbilder und Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule vom 2. November 2001 zeigten eine Knickfehlhaltung der Halswirbelsäule im Segment C5/C6 bei leichtgradiger Osteochondrose und angedeuteter Unkovertebralarthrose, ansonsten aber einen altersentsprechenden HWS-Befund und keine Instabilität bei Inklination und Reklination (Urk. 16/12).

Nachdem die Beschwerden im Verlauf der weiteren Behandlung langsam zurückgegangen waren (vgl. Urk. 16/13, Urk. 16/18, Urk. 16/21), berichtete Dr. A. ___ am 9. September 2002, der Zustand habe sich soweit verbessert und stabilisiert, dass die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig sei und er die Unfallbehandlung (mit Vorbehalt) abgeschlossen habe. Es finde momentan keine Behandlung mehr statt, bei allfälligen Schmerz- und Verspannungsrezidiven sollten von der Suva auch inskünftig bei Bedarf die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen übernommen werden. Als bleibender Nachteil seien gewisse Folgen der Instabilität im Hals- und oberen Brustwirbelsäulenbereich zu erwarten (Urk. 16/22). Am 20. Januar 2003 ordnete Dr. A. ___ eine Serie Cranio-Sakral-Therapie an (Urk. 16/24), deren Kosten von der Suva übernommen wurden (Urk. 16/25). Am 23. April 2003 berichtete er erneut über eine weitgehende Konsolidierung der allgemeinen Kopf-Nacken-Problematik und einen Abschluss der Behandlung mit Vorbehalt am 16. Mai 2003. Sporadisch würde die Beschwerdeführerin bei Nackenverspannungen noch mit Cranio-Sakral-Therapie behandelt, allenfalls seien Schmerzrezidive als bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 16/26).

Am 10. sowie 11. Juli 2008 teilte die Beschwerdeführerin der Suva telefonisch mit, sie habe Krebs (ein malignes Non-Hodgkin-Lymphom Stadium 3A), und sie sei der Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen der Krebserkrankung und dem Unfall nicht ausgeschlossen werden könne. Zudem habe sie immer Kopf- und Halsweh sowie Rückenschmerzen. Ein HNO-Arzt habe ihr bestätigt, dass die Nerven der Halswirbelsäule seit dem Unfall vom 31. Januar 2001 ständig entzündet seien. Ihr Immunsystem sei durch diese Beschwerden geschwächt, und sie glaube, dass sich dies auch auf die Krebserkrankung auswirke. Da die Folgeschäden des Unfalls noch da seien, möchte sie, dass die Suva die Kosten der Behandlung übernehme (Urk. 16/27).

In einer Besprechung vom 23. Juli 2008 sowie in einer gleichentags versandten E-Mail teilte die Beschwerdeführerin dem zuständigen Suva-Sachbearbeiter mit, sie habe seit dem Unfall praktisch ununterbrochen Rücken- und Nackenbeschwerden und möchte, dass die Suva für die Cranio-Sakral-Therapie aufkomme (Urk. 16/28). Im November 2003 hätten die Schmerzen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich etwas nachgelassen, so dass sie die Symptome mit Medikamenten unter Kontrolle habe halten

können, seltener einen Arzt habe aufsuchen müssen und uneingeschränkt habe arbeiten können. Ab 2005/2006 seien die Beschwerden wieder stärker geworden (Urk. 16/29).

4.3 Im Anschluss an die erneute Anmeldung der Beschwerdeführerin wurden folgende medizinischen Berichte zu den Akten genommen:

Dr. med. J., Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten sowie Hals- und Gesichtschirurgie, hielt in seinem Bericht vom 29. August 2007 fest, die Beschwerdeführerin leide unter starken Zervikalgien im Anschluss an ein erlittenes Nasen-Gesichtstrauma. Begleitend bestünden starke Verspannungen im Bereich der paralaryngealen vorderen Muskulatur mit dem klassischen Bild einer Insertionstendinose auf Höhe des rechtsseitigen Schildknorpels mit Schmerzempfindungen (Urk. 16/34).

Dr. med. K., Facharzt für Pathologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. August 2008 aufgrund einer histopathologischen Untersuchung ein malignes Non-Hodgkin-Lymphom vom B-Zell-Phänotyp, entsprechend einem folliculären Lymphom Grad 3a nach der WHO-Klassifikation (Urk. 16/31).

Am 11. August 2008 teilte Dr. med. L., Fachärztin für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten sowie Hals- und Gesichtschirurgie, der Suva mit, ihre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 30. April bis 15. Mai 2008 habe nichts mit einem Unfall zu tun gehabt, sondern habe eine Krankheit betroffen (Urk. 16/31 S. 2).

Dr. med. M., Facharzt für Psychiatrie, berichtete am 22. August 2008 über die Behandlung im Zeitraum von Juli 2007 bis Mai 2008 folgendes: Die Beschwerdeführerin leide unter einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). In ihrem beruflichen Umfeld schienen einige Ungereimtheiten zu bestehen, welche die Beschwerdeführerin erheblich belastet hätten. In der Therapie habe sie gelernt, damit umzugehen, worauf sich das Zustandsbild stabilisiert habe. Ab Mai 2008 sei es erneut zu einem depressiven Einbruch gekommen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Schwierigkeiten (Urk. 16/32).

Dr. med. N., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, der aktuelle Hausarzt der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 16/29), teilte der Suva mit Faxschreiben vom 25. Oktober 2008 mit, er habe keine Kenntnis vom Unfall vom 31. Januar 2001 (Urk. 16/33). Aus Dr. N.'s Schreiben vom 19. März 2009 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin ihn im April 2008 mit dem klinischen Bild einer Lymphadenopathie konsultiert und er im Mai 2008 bei Persistenz der Lymphknoten eine Laborabklärung veranlasst habe, die zur Diagnose eines Non-Hodgkin-Lymphoms geführt habe (Urk. 16/42).

Am 21. November 2011 nahm Kreisarzt-Stellvertreter Dr. B. zur Unfall-kausalität der Beschwerden Stellung und hielt fest, es lägen keine unfallbedingten Beschwerden vor, welche auf einem organischen Substrat basierten und organisch hinreichend nachvollziehbar seien. Die natürliche Rückfallkausalität sei möglich, nicht aber wahrscheinlich. Auch wies der Kreisarzt-Stellvertreter darauf hin, dass schon Kreisarzt Dr. I. in seinem Bericht vom 31. Oktober 2001 festgehalten habe, dass kein klarer Schleudertraumafall vorliege (Urk. 16/35).

4.4 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Suva eine weitere Stellungnahme von Kreisarzt-Stellvertreter Dr. B. ein. Dieser hielt am 24. März 2009

gestützt auf den kreisärztlichen Bericht von Dr. I. ___ vom 31. Oktober 2001 und die bildgebenden Befunde vom 19. März und 2. November 2001 fest, ein Schleudertrauma habe beim Unfall nicht stattgefunden, es sei hingegen zu einem erheblichen Abknickmechanismus der Halswirbelsäule gekommen. Die bildgebend erhobenen Osteochondrosen C5/C6 mit der medio rechts lateralen Diskushernie seien nicht unfallkausal, sondern entsprechen altersüblichen degenerativen Veränderungen. Ferner habe die Beschwerdeführerin einen thorakalen Flachrücken mit einer schwach ausgebildeten Haltemuskulatur. Dr. B. ___ gelangte zur Beurteilung, dass es durch den Unfall nicht zu einer strukturellen Schädigung der Halswirbelsäule gekommen sei. Damals habe aber in Form der degenerativen Veränderungen ein stummer Vorzustand an der Halswirbelsäule bestanden. Aufgrund der Abnutzungserscheinungen in der Halswirbelsäule, der thorakozervikalen Muskelschwäche und der überwiegend sitzenden beruflichen Tätigkeit gehe er davon aus, dass die Beschwerdeführerin auch ohne den Unfall im Verlauf der Zeit irgendwann Nackenbeschwerden gehabt hätte. Die natürliche Unfallkausalität der als Ruckfall gemeldeten Beschwerden sei deshalb nur mit dem Grad der Möglichkeit ausgewiesen (Urk. 16/44).

4.5 Die Beschwerdeführerin reichte während des Einspracheverfahrens weitere Berichte zu den Akten:

Dr. med. C. ___, in Österreich praktizierender Arzt für Allgemeinmedizin, der die Beschwerdeführerin vom 11. Mai bis 10. Juli 2009 ambulant beziehungsweise teilstationär behandelte, diagnostizierte im Bericht vom 9. Juli 2009 ein malignes B-Zell-Lymphom Grad >III a, eine chronische EBV-Infektion, einen Zustand nach Kopfkontusion am 31. Januar 2001 mit nachfolgendem Zerviko-Enzephalom Syndrom mit instabiler Halswirbelsäule bei Ruptur der Ligamenta alaria, ein dadurch entstandener sekundärer nitrosativer Stress mit erworbener Mitochondriopathie nach E. ___, dadurch bedingt Kohlenhydrat-, Laktose-, Fruktose- und Gluten-Intoleranz, Reizamplifizierung, Hypersensitivität, Immunschwäche, Erschöpfungssyndrom, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, drohende Retinablutung und Rückenschmerzen. Vor dem Unfall sei der Allgemeinzustand gut gewesen, die Leistungsfähigkeit sei - bei einer Überarbeitungssituation - hoch gewesen. Posttraumatisch sei es zu einer deutlichen Einschränkung der Leistung mit Zunahme der Gesamtsymptomatik gekommen. Infolge der Chirotherapie im Z. ___ sei es passager zu einer Halbseitenlähmung sowie Verschlimmerung der Beschwerden in der Wirbelsäule gekommen. Im März 2007 sei dann ein völliger Zusammenbruch der Leistungsfähigkeit erfolgt, welcher in der Symptomatik durchaus einem ATP-Mangelsyndrom bei Mitochondriopathie entsprochen habe. Daraufhin sei die Beschwerdeführerin während vier Monaten psychiatrisch behandelt worden mit stufenweiser Eingliederung in den Arbeitsprozess. Anschliessend habe sie von November 2007 bis Mai 2008 wieder vollzeitig gearbeitet. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Tumorentstehung sei aufgrund der aktuellen Ergebnisse der Mitochondrienforschung sehr wahrscheinlich (Urk. 16/48).

Dr. med. D. ___, in Deutschland praktizierender Facharzt für HNO-Heilkunde, erstellte am 15. September 2009 eine HNO-ärztliche sowie neuro-otologische Expertise. Dr. D. ___ untersuchte die Beschwerdeführerin am 1., 2. und 3. September 2009 und erhob dabei den HNO-Spiegelbefund, führte eine stroboskopische Untersuchung des Kehlkopfes durch, nahm Hörprüfungen vor und berücksichtigte bei seinen Schlussfolgerungen die oto-akustisch evozierten Emissionen, die akustisch

evozierten Potenziale sowie die Ergebnisse der Prüfung des Gleichgewichtssystems. Dr. D. ___ diagnostizierte eine kombinierte periphere zentrale Gleichgewichtsstörung, eine Störung der zentralen Hörrwahrnehmung, eine Hyperakusis, eine Septumdeviation mit einseitiger Behinderung der Nasenatmung, eine Dysphonie sowie eine Stimmstörung. Hierbei handle es sich um objektivierbare Störungen des Kopf-Sinnes-Systems, welche alleinige Folge des Unfallereignisses seien, da das Ereignis vom 31. Januar 2001 geeignet sei, die vorliegenden Beschwerden hervorzurufen, und die Verlaufsberichte der Dres. A. ___, J. ___ und L. ___ für eine Unfallkausalität der Beschwerden sprächen. Das Non-Hodgkin-Lymphom wirke sich auf diese Störungen nicht aus. Das Unfallereignis sei der Erstkörperschaden (Urk. 16/53 S. 2 ff.).

Doz. Dr. sc. med. E. ___, in Deutschland praktizierender Facharzt für Innere Medizin und Umweltmedizin, behandelte die Beschwerdeführerin ab 10. März 2009. Der Anamnese in seinem Gutachten vom 5. November 2009 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 31. Januar 2001 ab 1998 unter Beschwerden in Form von bronchialer Hyperreagibilität mit asthmaähnlichen Luftnotzuständen litt, welche aber wieder abklangen, so dass sie bis in die Nachtstunden arbeiten konnte. Nach dem Unfall sei es zur Entwicklung von Multiorganbeschwerden gekommen. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit nach dem Unfall habe zu Mobbing am Arbeitsplatz geführt. Auch nach einem Berufswechsel im Jahr 2003 hätten Beschwerden wie Schwindel, Migräne, erhöhter Ruhepuls, Herzrhythmusstörungen, Sehkraftverschlechterung, schnellere Augenermüdbarkeit beim Lesen, Heiserkeit, Bauchblähungen, progredienter Gewichtszuwachs, Stuhlunregelmässigkeit mit Verstopfung und Durchfall, innere Unruhe, Magenschmerzen, Restless-Legs-Symptome, Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Polyarthralgien, subfebrile Schwächezustände und Hypermonorrhoeen in progredienter Weise weiterbestanden. Von Dr. E. ___ erstellte Genicksröntgenbilder nach Sandberg in zusätzlicher Links- und Rechtsneigung ergaben Abweichungen des Dens axis mit Aufklappung des Gelenkspaltes C2/C3 bei Rechts- und Linksneigung. Daraus schloss Dr. E. ___ auf einen tanzenden Dens axis infolge Schädigung der Ligamenta alaria bei zusätzlicher Facettengelenksschädigung C2/C3. Es sei möglich, dass derartige Schädigungen traumatisch bedingt seien. Dr. E. ___ diagnostizierte eine mitochondriale Zytopathie mit Laktazidose Typ II, ein sekundäres NHL, ein sekundäres Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom, eine posttraumatische Instabilität des Genickgelenkes sowie ein posttraumatisches kranio-mandibuläres Syndrom. Dr. E. ___ beurteilte die Befunde dahingehend, dass der massive Leistungseinbruch bei der Beschwerdeführerin nach dem Kopfaufpralltrauma im Januar 2001 aufgetreten sei, welches zur Läsion des Bandapparates im Genickgelenk mit einer Instabilität geführt und folgenschwere Konsequenzen für die Hirnleistung und -funktion, die Sinnesorgane und die peripheren Organe gehabt habe. Die Instabilität des Genickgelenks habe durch die Röntgenaufnahmen sowie die Funktionsanalysen des Dr. D. ___ objektiviert werden können. Hierfür komme nur eine traumatische Ursache in Frage. Die mitochondriale Funktionsstörung sei erworben (Urk. 16/54a).

Am 14. Oktober 2009 wurde die Beschwerdeführerin in der Poliklinik für Innere Medizin des F. ___ durch Prof. Dr. med. O. ___ und Dr. med. P. ___ im Auftrag der Invalidenversicherung internistisch begutachtet. Gestützt auf die medizinischen Akten sowie Versicherungsakten, eine klinische Untersuchung und eine

ausführliche Erhebung der Anamnese erklärten sie die Entwicklung der gesundheitlichen Beschwerden in ihrer abschliessenden Beurteilung folgendermassen: Die Beschwerdeführerin habe vor acht Jahren eine Gesichtskontusion mit Commotio cerebri und einer Nasenbeinfraktur erlitten. Der anschliessende Heilungsverlauf habe sich in die Länge gezogen, so dass die volle Arbeitsfähigkeit erst 20 Monate nach dem Ereignis wieder erreicht worden sei. Die sehr anspruchsvolle berufliche Tätigkeit habe bei der nach eigenen Angaben disziplinierten und leistungsorientierten Beschwerdeführerin zum Auftreten diffuser Beschwerden und Symptome geführt, welche die Arbeitsfähigkeit vorerst nicht tangierten, da die Beschwerdeführerin in einer wohlwollenden Arbeitsumgebung habe tätig sein können. Dies habe sich im Jahr 2006 geändert, als es zu einem Wechsel der Vorgesetzten gekommen sei und Spannungen am Arbeitsplatz aufgetreten seien. Nach einem ersten Zusammenbruch im März 2007 habe die Beschwerdeführerin psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Dadurch habe nach Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. M. ___ eine deutliche Besserung der Beschwerdesituation erreicht werden können. Die weiteren Spannungen im Verlauf und eine erhöhte Arbeitslast hätten zu einem zweiten Zusammenbruch im Mai 2008 geführt. Das Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin habe eine Exazerbation der psychischen Belastungsfaktoren als Beschwerdeursache nicht zugelassen. Die Beschwerdeführerin habe deshalb nach weiteren Ursachen geforscht. Zudem sei in derselben Zeit eine Lymphknotenschwellung am Hals aufgetreten und im Juni desselben Jahres habe die Diagnose eines malignen Non-Hodgkin-Lymphoms gestellt werden müssen. Das Tumorleiden sei nicht heilbar, in prognostischer Hinsicht könne nicht von einer normalen Lebenserwartung ausgegangen werden. Die über ihr Krebsleiden bestens informierte Beschwerdeführerin versuche begreiflicherweise, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen. Da zur Zeit aus schulmedizinischer Warte nur eine regelmässige Überwachung angeboten werden könne, habe sich die Hilfesuche bei alternativmedizinisch tätigen Ärzten angeboten. Diese hätten einerseits einen Zusammenhang der bereits vorher verspürten Beschwerden mit dem Unfall sowie andererseits einen Zusammenhang der Entstehung des Non-Hodgkin-Lymphoms mit dem Unfall bestätigt. Die Beschwerdeführerin sei vom alternativmedizinischen Krankheitskonzept deutlich überzeugter als von den Erklärungen der Schulmedizin. Die Tumorsituation sei objektiv bislang stabil. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Gesundheitsstörungen, welche nicht auf das Krebsleiden zurückgeführt werden könnten, dürften psychischer Genese sein; hier bestehe der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung gemäss ICD-10: F40-F48. Es sei davon auszugehen, dass die durch die psychischen Beschwerden bewirkte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit höher sei als diejenige aus internistischer Sicht. Auch der behandelnde Onkologe Dr. med. Q. ___ gehe davon aus, dass eine psychische Belastungsstörung im Vordergrund stehe. Des Weiteren wiesen die Gutachter darauf hin, Dr. C. ___ habe in seinem Bericht vom 9. Juli 2009 zwar erwähnt, der Zusammenbruch der Leistungsfähigkeit im März 2007 entspreche von der Symptomatik her durchaus einem ATP-Mangelsyndrom. Bedauerlicherweise sei er in seinem Bericht aber mit keinem Wort darauf eingegangen, dass zu dieser Zeit am Arbeitsplatz erhebliche Probleme bestanden hätten. Die Wertung des neurootologischen Gutachtens von Dr. D. ___ sowie inhaltliche Kommentare zum alternativmedizinischen Vorgehen von ihm und Dr. C. ___ sollten durch Fachkollegen erfolgen. Da das Vorgehen nicht schulmedizinischen Standards entspreche, sei es nicht nachvollziehbar (Urk. 16/61 S. 2 ff. und S. 8).

4.6. Am 20. Juli 2010 beurteilte Dr. med. G.____, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie von der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva, die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte und gelangte zum Schluss, dass sich in den Akten aus schulmedizinischer Sicht keine Hinweise auf organisch-strukturelle Schäden im Bereich des Gehirns und des Gleichgewichtsfunktionssystems der Beschwerdeführerin finden. Die Dres. C.____, D.____ sowie E.____ beschäftigten sich offensichtlich mit alternativmedizinischen Verfahren, die in der Schulmedizin nicht anerkannt seien und über deren Wirksamkeit es keinen wissenschaftlichen Konsens gebe. Weiter beschrieben sie in ihren Berichten Entitäten und Laborwerte, welche aus schulmedizinischer Sicht unbekannt beziehungsweise deren Aussagekraft schulmedizinisch nicht belegt seien. Der von Dr. C.____ hergestellte Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Entstehung des Tumors unter Hinweis auf aktuelle Ergebnisse der Mitochondrienforschung erscheine unter diesen Umständen hoch spekulativ, ihm selbst - Dr. G.____ - seien keine wissenschaftlich anerkannten Arbeiten bekannt, welche einen solchen Kausalzusammenhang belegten. Der Bericht von Dr. E.____ sei aus schulmedizinischer Sicht über weite Strecken unverständlich, etwa was die Bezeichnung "Genickgelenk" anbelange, die in der schulmedizinischen Terminologie ungebrauchlich sei. Die von Dr. E.____ angewandte Röntgenmethode nach Sandberg sei heutzutage obsolet und nicht aussagekräftig. Die von diesem Arzt vorgetragene Argumentationskette, welche einen Zusammenhang zwischen einem instabilen Genickgelenk und Störungen im Gesamtorganismus, im Nervensystem und im Immunsystem herstelle, erscheine aus schulmedizinischer Sicht als eine Aneinanderreihung spekulativer Hypothesen. Er - Dr. G.____ - halte es für höchst unwahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand nach einem freien Intervall von mehreren Jahren aufgrund des im Jahr 2001 erlittenen Unfalls derart massiv verschlechtert habe. Viel naheliegender sei, dass die Arbeitsunfähigkeit eine Folge der bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten internistischen und psychiatrischen Krankheiten sei. Anzumerken sei, dass die mechanische Energie, welche beim zur Debatte stehenden Unfallmechanismus auf die Halswirbelsäule eingewirkt habe, geringer gewesen sei, als dies bei einem typischen Schleudertrauma-Mechanismus üblich sei (Urk. 15/2).

4.7. Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte die Akten und die zusätzlich beigezogenen Bilder des Schädel-CT vom 9. Februar 2001 am 29. Juli 2010 unter Berücksichtigung der Schlussfolgerungen von Dr. G.____ vom 20. Juli 2010 sowie unter Hinweis auf medizinische Fachliteratur. Sie folgerte daraus, dass die Beschwerdeführerin am 31. Januar 2001 keine traumatische Hirnschädigung im Sinne einer Commotio cerebri (MTBI) erlitten habe, da von den behandelnden Ärzten des Z.____ weder eine Amnesie noch ein Bewusstseinsverlust beschrieben worden seien und die CT-Untersuchung des Schädels vom 9. Februar 2001 einen unauffälligen Befund ergeben habe. Weil nach dem Unfall auch keine stärksten Schmerzen im betroffenen Areal oder neurologische Ausfälle der oberen Extremitäten beschrieben worden seien, stünde die rechtsseitige Diskushernie nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis, zumal auch die Krafteinwirkung anlässlich des Unfalls für die Verursachung einer Diskushernie zu klein sei. Die später aufgetretene radikuläre Symptomatik im linken Arm, welche zur Röntgenuntersuchung vom 19. März 2001 geführt habe, sei auch nach Angaben der Beschwerdeführerin erst nach einer therapeutischen Manipulation aufgetreten. Da über

den medizinischen Verlauf im Zeitraum zwischen Mai 2003 und Juli 2007 keine echtzeitlichen Dokumente über Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule vorliegen, und retrospektive anamnestiche Angaben über Beschwerden, welche mehrere Jahre zurückliegen, nicht zuverlässig seien, seien für diese Periode keine Brückensymptome ausgewiesen. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass sich Beschwerden mehrere Jahre nach einem Unfall wieder verstärkten, wenn keine strukturellen Läsionen vorliegen. Die Ausweitung der Beschwerden auf fast alle Organsysteme sieben Jahre nach dem Unfall könne nach schulmedizinischem Wissensstand ebenfalls nicht auf den Kopfanprall im Jahr 2001 zurückgeführt werden. Hinsichtlich des Unfallmechanismus hielt Dr. H. ___ fest, dass die Beschwerdeführerin kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, sondern einen Frontalaufprall des Gesichtsschädels erlitten habe. Bei solchen Unfallmechanismen seien Strukturen der Halswirbelsäule aufgrund der physiologischen Nickbewegung kaum betroffen. Die Berichte der Dres. C. ___ und E. ___ liessen vermuten, dass sich die Autoren nicht eingehend mit der vorbestandenen medizinischen Dokumentation auseinandergesetzt hätten. Eine Ruptur der Ligamenta alaria sei bildgebend nicht nachgewiesen und erstmals von Dr. C. ___ erwähnt worden. Dr. C. ___ gebe in seinem Bericht keine Literatur an für die von ihm behaupteten aktuellen Ergebnisse der Mitochondrienforschung. Sodann führe er Syndrome und Diagnosen auf, die sich teilweise nicht belegen liessen, und stelle einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall dar, ohne diesen näher zu begründen. Bezüglich des Gutachtens von Dr. E. ___ sei zunächst festzuhalten, dass die von diesem Arzt aufgeführten Symptome, welche gemäss dessen Bericht seit 2001 vorhanden seien, in den medizinischen Akten der Jahre 2001 bis 2003 nicht dokumentiert seien. Dagegen habe er die psychischen Beschwerden nicht erwähnt. Dr. E. ___ habe sodann ein Krankheitskonzept entwickelt, welches den Status einer blossen Hypothese habe und wissenschaftlich nicht belegt sei. Die von ihm angenommenen strukturellen Schäden seien nicht ausgewiesen. Die echtzeitlichen Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule vom 2. November 2001 hätten nämlich lediglich eine Knickfehlhaltung der Halswirbelsäule im Segment C5/6 bei leichtgradiger Osteochondrose und angedeuteter Unkovertebralarthrose gezeigt. Im Übrigen ergebe sich daraus ein altersentsprechender ossärer Befund ohne Instabilität. Die CT-Aufnahmen des Schädels vom 9. Februar 2001 hätten ebenfalls keine organischen unfallbedingten Läsionen, Kontusionsherde oder Blutungen gezeigt. Ebenso hätten klinisch keine Hinweise für cerebrale Durchblutungsstörungen im Sinne von neurologischen Ausfällen bestanden. Insgesamt sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 31. Januar 2001 abgesehen von der undislozierten Nasenbeinfraktur keine strukturellen Schädigungen zugezogen habe. Anamnese und Unfallmechanismus sprächen gegen das Vorliegen einer traumatisch bedingten Diskushernie und einer MTBI. Zudem sei der Krankheitsverlauf über rund vier Jahre nicht dokumentiert. Aufgrund dessen seien die rückfallweise gemeldeten Nacken- und Kopfbeschwerden nur möglicherweise unfallkausal. Die Multiorganbeschwerden und die Lymphomerkkrankung ständen nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis (Urk. 15/1).

4.8.4.4 Der die Beschwerdeführerin behandelnde Dr. med. R. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Spezialist für klassische Homöopathie und Neuraltherapie, äusserte sich in einem Bericht vom 24. September 2010 zu den Beschwerden und zu den Beurteilungen der Dres. G. ___ und H. ___. Dabei räumte er ein, es sei ihm nicht möglich, auf wissenschaftlicher Basis die Argumente der Suva-Versicherungsmediziner

zu widerlegen. Es entspreche seiner jahrzehntelangen Erfahrung als Mediziner, dass die Betrachtungsweisen der Dres. E.____ und D.____ in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland nicht Ã¼blich seien. Tatsache sei, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin unter der Behandlung bei diesen Ãrzten eine Besserung ihrer Symptome erfahren habe (Urk. 23/A).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Am 3. November 2010 nahm Dr. E.____ - mit medizinischen Literaturhinweisen - zu den Beurteilungen der Suva-Versicherungsmediziner Stellung. Dabei wies er darauf hin, dass die medizinischen Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie bis heute die Diagnose eines zerviko-enzephalen Syndroms nicht kennen wÃ¼rden, sondern entsprechende komplexe Beschwerdebilder nach wie vor dem psychosomatischen Formenkreis zuordnen wÃ¼rden. Die Erkenntnisse Ã¼ber nitrosativen Stress infolge Hypoxie des Gehirns seien relativ neu, es werde noch Jahre dauern, bis eine Praxisanerkennung erfolgen werde (Urk. 23/B).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Am 1. Dezember 2010 nahm auch Dr. D.____ zu den versicherungs-medizinischen Beurteilungen der Suva Stellung und hielt an seiner Auffassung zur UnfallkausalitÃ¤t der Beschwerden fest (Urk. 23/C).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Am 31. Juli 2010 berichtete der behandelnde Onkologe Dr. Q.____ Ã¼ber klinisch eindeutige Hinweise auf eine Tumorprogredienz (Urk. 23/D).

4.9 Ã Ã Ã Ã Am 18. und 19. April 2004 nahmen die Versicherungsmediziner der Suva zu den zwischenzeitlich eingegangenen Berichten der behandelnden Ãrzte Stellung.

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Dr. med. S.____, FachÃrztin fÃ¼r Neurologie, wies in ihrer Beurteilung vom 19. April 2004 einleitend darauf hin, dass sie der neurologischen Beurteilung von Dr. H.____ uneingeschrÃ¤nkt folgen kÃ¶nne. Die Krafteinwirkung beim Anprall des Kopfes am 31. Januar 2001 habe sich offensichtlich auf den die Nase konzentriert, welche als "Knautschzone" gedient habe. Es sei allerdings - auch mit Blick auf statistische Erhebungen zu Begleitverletzungen bei Nasenbeinfrakturen - nicht Ã¼berwiegend wahrscheinlich, dass beim Unfall eine Beschleunigungsbewegung des Kopfes gegenÃ¼ber dem Rumpf mit SchÃ¤digung im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule stattgefunden habe. Allein durch den Unfallmechanismus kÃ¶nnten relevante BeeintrÃ¤chtigungen im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule nicht erklÃ¤rt werden. Hinsichtlich der Berichte von Dr. E.____ stelle sich die Frage, ob ein - wenn auch erfahrener - Internist der geeignete Fachmann sei, um InstabilitÃ¤ten im kraniozervikalen Bereich zu beurteilen, da diese Aufgabe normalerweise von den Radiologen oder den Spezialisten des Bewegungsapparates Ã¼bernommen werde. Entscheidend sei, dass die im November 2001 durchgefÃ¼hrten Funktionsaufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule - welche bei Aufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule in Flexion und Extension geeignet sind, eine allfÃ¤llige InstabilitÃ¤t der HalswirbelsÃ¤ule und des kraniozervikalen Ãbergangs festzustellen - laut den Radiologen keine ligamentÃ¤re InstabilitÃ¤t zeigten. Sodann sei allein durch den Nachweis von nitrosativem Stress entgegen der Ansicht von Dr. E.____ keinerlei Aussage zur KausalitÃ¤t mÃ¶glich. Nitrosativer Stress scheine nÃ¤mlich in unterschiedlichsten pathologischen Prozessen von Bedeutung zu sein. In den wissenschaftlichen Datenbanken finde sich keine einzige Publikation, welche die Argumentationskette von Dr. E.____ stÃ¼tzen kÃ¶nnte. Schliesslich sei auch das Bestehen eines natÃ¼rlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Krebsleiden der BeschwerdefÃ¼hrerin nicht Ã¼berwiegend wahrscheinlich. Ein solcher Zusammenhang kÃ¶nne nicht in medizinisch nachvollziehbarer Weise begrÃ¼ndet werden (Urk. 39/1).

Der Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt Dr. G. ___ wies in seiner Beurteilung vom 18. April 2011 darauf hin, dass er von der Suva den Auftrag erhalten habe, das Dossier als ORL-Ärztlicher Experte zu beurteilen. Es könne keine Rede davon sein, dass seine Beurteilung vom 20. Juli 2010 ein blosses Verteidigungsmittel im Hinblick auf das laufende Gerichtsverfahren sei, wie dies vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin behauptet werde. Die dort artikulierten Einwände gegen die Beurteilung von Dr. E. ___ habe er deshalb erhoben, weil er verpflichtet sei, sich an Standards zu halten, welche allgemein anerkannt seien und für welche ein wissenschaftlicher Konsens bestehe. Die von Dr. E. ___ postulierte Kausalkette zwischen einem HWS-Trauma und der Entwicklung eines malignen Lymphoms erfülle diese Voraussetzung nicht; ihm seien keine wissenschaftlichen Arbeiten bekannt, welche die Annahme eines solchen Kausalzusammenhangs stützen könnten. Die von Dr. E. ___ in der Stellungnahme vom 3. November 2010 erwähnte Fachliteratur gebe einen Teil des aktuellen Wissensstandes zu Themen wie die Halswirbelsäule, das Schleudertrauma, die Biomechanik etc. wieder. Hingegen sei in diesen wissenschaftlichen Arbeiten nie von malignen Tumoren die Rede. Soweit die Beschwerdeführerin geltend mache, die unfallbedingten Beschwerden hätten ihr Immunsystem jahrelang belastet, wobei diese Belastung schliesslich zur Krebserkrankung geführt habe, sei dem aus schulmedizinischer Sicht zu entgegen, dass ein Zusammenhang zwischen HWS-Beschwerden und einer Tumorentstehung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht bestehe. Seitens des behandelnden Onkologen Dr. Q. ___ und den Ärzten des F. ___ sei denn auch nie ein solcher Zusammenhang hergestellt worden (Urk. 39/2).

4.10 Dem Bericht von Dr. E. ___ vom 8. Juli 2011 über die Ergebnisse von Laboranalysen ist zu entnehmen, dass geringe ATP-Werte festgestellt wurden, welche laut Dr. E. ___ durch eine gestörte mitochondriale Funktion verursacht worden seien und die Entstehung des Non-Hodgkin-Lymphoms erklärten (Urk. 57/3).

Gemäss Bericht vom 28. Februar 2012 wurden am 24. Februar 2012 im Röntgeninstitut T. ___ eine MRI-Untersuchung des Kopfs, des Kopfgenicks einschliesslich Funktionsaufnahmen in Links- und Rechtsrotation sowie ein positionelles MRI der Halswirbelsäule durchgeführt. Dr. med. U. ___, Facharzt für Radiologie, gelangte in Beurteilung der Befunde zum Schluss, dass das linke Ligamentum alare im Seitenvergleich kaliberschwächer sei, ferner eine Funktionsstörung im Kopfgenick, bestehend aus einer Fehlstellung von C1 und C2 gegenüber dem Occiput und C3 sowie einer pathologischen Beweglichkeit auf den Funktionsaufnahmen in Rotation, vorliege. Diese Befunde würden durch die Funktionsaufnahmen vom 21. August 2009 bestätigt und wiesen auf eine Insuffizienz des linken Ligamentum alare und somit eine Instabilität hin. Als Ursache komme aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin einzig das Trauma aus dem Jahr 2001 in Frage. In der Halswirbelsäule beständen keine Hinweise auf eine Instabilität oder eine signifikante Enge (Urk. 57/2).

E. 5

5.1 Die aussergewöhnlichen und nachvollziehbaren versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Dres. G. ___ vom 20. Juli 2010 (Erwägung 4.6), Dr. H. ___ vom 29. Juli 2010 (Erwägung 4.7) sowie Dr. S. ___ vom 19. April 2004 (vorstehende Erwägung) stellen das anfänglich diagnostizierte HWS-Schleudertrauma oder äquivalente Verletzungen wie auch die bisweilen angeführte Commotio cerebri ernsthaft in Frage. Es kann auf die in den Erwägungen 4.6-7 sowie 4.9 wiedergegebenen Textpassagen

verwiesen werden. Für diese Haltung spricht denn auch, dass sich der die Beschwerdeführerin nach ihrem Unfall behandelnde Hausarzt Dr. A. ___ der von ihm zunächst gestellten Diagnose eines Schleudertraumas offenbar nicht sicher war, erwähnte er in seinem Verlaufsbericht vom 25. Oktober 2001 doch nur noch den Verdacht auf einen beim Unfall erlebten Schleudertraumamechanismus (Urk. 16/9). Die dieser Auffassung widersprechenden Ärzte, insbesondere die Dres. C. ___, D. ___ und E. ___, konnten sich für ihre Beurteilungen nicht auf entsprechende echtzeitliche Akten stützen, weshalb ihre diesbezüglichen Ausführungen nicht beweiskräftig sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn es jedoch beim Unfall vom 31. Januar 2001 im Bereich der Halswirbelsäule zu einem Schleudertrauma oder zumindest zu einem Abknickmechanismus gekommen wäre, ist entscheidend, dass es sich gemäß den ausführlichen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. H. ___ vom 29. Juli 2010 (Erwägung 4.7) bei den auf den Röntgenbildern vom 19. März 2001 und 2. November 2001 sichtbar gewordenen Befunden, insbesondere der Diskushernie, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um vorbestehende, nicht unfallkausale Pathologien handelt, was hinsichtlich der Diskushernie auch schon deshalb einleuchtet, weil keinerlei Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Voraussetzungen, die zur ausnahmsweisen Anerkennung der Unfallkausalität führen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192), erfüllt sind. Dr. H. ___ und Dr. S. ___ haben sodann in ihrer Beurteilung vom 19. April 2004 (vorstehende Erwägung) überzeugend dargetan, dass aufgrund der Röntgenbilder erstellt ist, dass der Unfall zu keiner Instabilität der Halswirbelsäule und zu keiner Ruptur der Ligamenta alaria führte, und dass insbesondere die am 2. November 2001 gemachten Funktionsaufnahmen durchaus geeignet gewesen wären, eine allfällige bereits damals vorhandene Instabilität der Wirbelsäule und des kraniozervikalen Übergangs aufzuzeigen. Der gegenteiligen Einschätzung von Dr. E. ___ ist deshalb nicht zu folgen, weil dieser Arzt sich auf im Jahr 2009 - acht Jahre nach dem Unfall - gefertigte Röntgenbilder nach Sandberg stützte, und deshalb fraglich bleiben muss, ob diese Bilder die gleiche gesundheitliche Situation der Halswirbelsäule wiedergeben, wie sie sich unmittelbar nach dem Unfall präsentierte. In einem Zeitraum von acht Jahren können bei einer Person im Alter der Beschwerdeführerin nämlich bekanntermassen verschiedenste degenerative Faktoren auf die Halswirbelsäule einwirken, welche die neuen Befunde ohne Weiteres erklären können. Zudem ist Dr. E. ___ Internist und nicht Facharzt für Radiologie wie Dr. med. V. ___, welcher die Röntgenuntersuchung vom 2. November 2001 mit der Frage nach einer Instabilität der Halswirbelsäule durchführte und die Befunde beurteilte (Urk. 16/12). Auch die von der Beschwerdeführerin veranlasste radiologische Untersuchung vom 28. Februar 2012 ist nicht geeignet, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2001 und den von Dr. U. ___ auf den MRI-Bildern und Funktionsaufnahmen gefundenen Hinweisen für eine Insuffizienz des linken Ligamentum alare und eine dadurch bewirkte Instabilität zu belegen. Zum einen hat sich die Beschwerdeführerin weiterhin die Funktionsaufnahmen aus dem Jahr 2001, welche keinen auffälligen Befund zeigten, sowie den langen Zeitraum zwischen den neusten Aufnahmen und dem Unfall, aufgrund dessen auch andere Ursachen für die neu entdeckte Instabilität denkbar sind, entgegenhalten zu lassen. Ausserdem hatte Dr. U. ___ keine Kenntnis von den in den Monaten nach dem Unfall erhobenen bildgebenden Befunden; sein Schluss auf einen Kausalzusammenhang der von ihm erhobenen Instabilität mit dem Unfall vom 31. Januar 2001 vermag daher nicht zu überzeugen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner hat Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 20. Juli 2010 (ErwÄrgung 4.6) in Äberzeugender Weise dargetan, dass sich in den Akten aus schulmedizinischer, HNO-Ärztlicher Sicht keine Hinweise fÄr organisch-strukturelle SchÄden im Bereich des GehÄrns und des Gleichgewichtsfunktionssystems fÄnden, und dass die anderslautenden Beurteilungen der Dres. C.____, D.____, E.____ sowie R.____ auf schulmedizinisch nicht anerkannten Verfahren, EntitÄten und Argumentationsketten basierten. Da medizinisch-diagnostische Methoden nach der hÄchstrichterlichen Rechtsprechung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt sein mÄssen, damit der mit ihnen erhobene Befund eine zuverlÄssige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen), kann auf die diesem Erfordernis nicht gerecht werdenden Beurteilungen der Dres. C.____, D.____ sowie E.____ nicht abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass die BeschwerdefÄhrerin durch den Unfall vom 31. Januar 2001 mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit keine organisch-strukturellen LÄsionen erlitten hat.

5.2 Ä Ä Ä Ä Nach Eingang des letzten Verlaufsberichts von Dr. A.____ vom 20. Mai 2003, in welchem der Hausarzt von einer weitgehenden Konsolidierung der allgemeinen Kopf- und Nackenproblematik bei Wiedererlangung der vollen ArbeitsfÄhigkeit und vom Abschluss der Behandlung bei ihm "mit Vorbehalt" berichtete (Urk. 16/26), fielen bei der Suva bis zur erneuten Anmeldung der BeschwerdefÄhrerin am 10. Juli 2008 (Urk. 16/27) keine Akten mehr an. Zwar wurde der Fall von der Suva im Mai 2003 nicht formell abgeschlossen, indessen konnte aufgrund der AusfÄhrungen des Hausarztes aus damaliger Sicht im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung vom Fallabschluss ausgegangen werden (vgl. vorstehend ErwÄrgung 1.4). Die Beschwerdesituation hatte sich in den Monaten zuvor nÄhmlich kontinuierlich gebessert, und IntensitÄt und HÄufigkeit der therapeutischen Massnahmen hatten immer weiter reduziert werden kÄnnen, bis die BeschwerdefÄhrerin keine Heilbehandlung mehr benÄtigte (ErwÄrgung 4.1). Nichts daran Ändert, dass Dr. A.____ am 20. Mai 2003 Schmerzrezidive mit erneuter BehandlungsbedÄrftigkeit nicht ausschliessen konnte (Urk. 16/26; vgl. auch Urk. 16/22), da RÄckblickfÄlle naturgemÄss in den wenigsten FÄllen von vornherein ausgeschlossen werden kÄnnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä FÄr den Zeitraum zwischen dem Fallabschluss im Mai 2003 und dem Bericht von Dr. J.____ vom 29. August 2007, wo die Rede von starken Zervikalgien und Verspannungen bei Status nach einem Nasen-Gesichtstrauma die Rede ist (Urk. 16/34), sind keine medizinischen Berichte mit echtzeitlicher Befundaufnahme und WÄrdigung der KausalitÄt allfÄlliger Beschwerden, insbesondere die HalswirbelsÄule betreffend, vorhanden. RÄckblickende Ärztliche Beurteilungen sind sodann nicht geeignet, das Bestehen der Symptome und deren KausalitÄt mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. Ins Gewicht fÄllt hier auch, dass die BeschwerdefÄhrerin, welche offenbar auch noch nach dem 20. Mai 2003 sporadisch von Dr. A.____ untersucht wurde, in ihrem Schreiben an das Gericht vom 8. November 2010 erwÄrhnte, ihr im Jahr 2008 pensionierter langjÄhriger Hausarzt Dr. A.____ habe es in den letzten Jahren abgelehnt, der Suva die Behandlungskosten in Rechnung zu stellen (Urk. 23/E S. 4). Dies spricht gegen eine UnfallkausalitÄt der damals behandelten BeeintrÄchtigungen. Gesamthaft betrachtet sind aufgrund des Gesagten keine unfallkausalen BrÄckensymptome, welche Ä das Geschehen Äber den Behandlungsabschluss hinaus als Einheit kennzeichnen,

ausgewiesen. Eine Leistungspflicht der Suva für die am 10. Juli 2008 gemeldeten Beschwerden ist demnach nur gegeben, wenn diese unter dem Titel eines Rückfalls oder von Spätfolgen des Unfalls vom 31. Januar 2001 übernommen werden können (vorstehend Erwägung 1.3-4).

5.3.1

Hinsichtlich der am 10. und 11. Juli 2008 von der Beschwerdeführerin gemeldeten Kopf-, Hals-, Ohren-, Nacken-, Rückenschmerzen ist zunächst zu beachten, dass diese nach dem Gesagten nicht einer organisch-strukturellen unfallkausalen Läsion zugeordnet werden können. Die Dres. G., H. sowie S. legten in ihren Beurteilungen (Erwägung 4.6-7 sowie 4.9) in überzeugender Weise dar, dass diese rund sieben Jahre nach dem Unfall und fünf Jahre nach dem Fallabschluss gemeldeten Beschwerden nur möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 31. Januar 2001 stehen, dass als Ursache aber auch andere Faktoren (etwa Diagnose des Krebsleidens, psychische Probleme) in Frage kommen.

Bei der Formulierung "Status nach frontaler Gesichtskontusion mit Commotio cerebri und Nasenbeinbruch am 31. Januar 2001 mit verzögertem Heilungsverlauf bei konsekutivem Zervikalsyndrom", welche sich bei den Diagnosen des Gutachtens der Poliklinik für Innere Medizin des F. vom 29. Oktober 2009 findet (Urk. 61 S. 5), handelt es sich nur um eine anamnestische Feststellung, welche als solche keiner hinreichenden Aussage zur Kausalität entspricht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 12/06 vom 6. Juni 2006 E. 4.3.1 mit Hinweis). Auch aus dem Umstand allein, dass die im Jahr 2008 gemeldeten Beschwerden zeitlich nach dem Unfall aufgetreten sind, vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, da eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch den Unfall verursacht gelten kann, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese Argumentation liefe nach der Rechtsprechung nämlich auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (vgl. dazu BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb S. 341 f.). Die sorgfältige und überzeugende Analyse der Entwicklung der gesundheitlichen Situation nach dem Unfall und der dabei massgeblichen Einflussfaktoren im Gutachten der Poliklinik für Innere Medizin vom 29. Oktober 2009 legt vielmehr nahe, dass andere Faktoren, insbesondere eine im Vordergrund stehende psychische Belastungsstörung und Probleme am Arbeitsplatz, für das Entstehen der Beschwerden ursächlich waren. Auch der behandelnde Onkologe Dr. Q. schien diese Ansicht zu vertreten (Urk. 16/61 S 6 f.).

5.3.2 Das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Krebsleiden und dem Unfall vom 31. Januar 2001 wurde von den Dres. G., H. sowie S. in ihren Beurteilungen (Erwägung 4.6-7 sowie 4.9) mit dem überzeugenden Argument, dass eine solche Kausalkette nach heutigen medizinisch-wissenschaftlichen Standards nicht herleitbar sei, verneint. Sie zeigten in ihren Beurteilungen in nachvollziehbarer Weise auf, dass die Dres. C., D., E. sowie R. für den von ihnen vertretenen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Krebsleiden keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege anführen konnten. Dr. E. räumte denn auch selbst ein, dass die von ihm angeführte Kausalkette zwischen dem Unfall und dem Non-Hodgkin-Lymphom von der medizinischen Praxis noch nicht anerkannt werde (Urk. 23/B). Deshalb vermögen die Berichte der Dres. C., D. sowie E. die Beweiskraft der durchwegs nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilungen der Dres.

G.____, H.____ sowie S.____ nicht zu erschüttern. Da auch die Beschwerdeführerin zu Recht der Ansicht ist, dass bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ein läckenloser Befund vorlag und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging (vorstehend Erwägung 1.5.1), kommt den während des hängigen Beschwerdeverfahrens erstellten Aktengutachten der Dres. G.____, H.____ und S.____ voller Beweiswert zu (vgl. Erwägung 1.5.2).

5.3.3 Schliesslich ist auch hinsichtlich der psychischen Beschwerden, welche etwa von den Ärzten der Poliklinik für Innere Medizin des F.____ im Gutachten vom 29. Oktober 2009 erwähnt werden, ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Das zeitliche Intervall zwischen der erstmaligen psychiatrischen Behandlung nach einem Zusammenbruch wegen Problemen am Arbeitsplatz im März 2007 und dem Unfallereignis vom 31. Januar 2001 ist lang. Zudem fallen als auslösende Faktoren diverse andere, zeitlich näher liegende Umstände in Betracht, etwa die bereits genannten Probleme am Arbeitsplatz oder die Diagnose des Krebsleidens (Urk. 16/61 S. 7). Die Beschwerdeführerin scheint ferner davon auszugehen, dass ihre körperlichen Beschwerden zu den psychischen Problemen führten (Urk. 1 S. 5). Da die somatische Problematik nach dem Gesagten aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis steht, spricht auch der Erklärungsansatz der Beschwerdeführerin nicht für eine Unfallkausalität der psychischen Beeinträchtigungen.

5.4 Abschliessend ergibt sich, dass die vorhandenen medizinischen Akten eine genügende Grundlage zur Beurteilung der Streitsache bilden; insbesondere kommt den Beurteilungen der Dres. G.____, H.____ und S.____ voller Beweiswert zu. Die von der Beschwerdeführerin im Eventualbegehren verlangten weiteren medizinischen Abklärungen können deshalb unterbleiben. Sodann ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den im Juli 2008 der Suva gemeldeten Beschwerden und dem Unfall vom 31. Januar 2001 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

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

- Fürsprecher Max B. Berger

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 56 sowie Urk. 57/1-3)

- 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.