

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00172 vom 18. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00172

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00172 du 18 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00172 del 18 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 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 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.3

1.3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406

Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.4.4 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin begründete im angefochtenen Einspracheentscheid die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Januar 2007 im Wesentlichen damit, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 19. Juni 2003 schon seit geraumer Zeit kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestehe; jedenfalls sei ein solcher Zusammenhang per Datum der Leistungseinstellung (31. Januar 2007) nicht mehr vorhanden gewesen. Dies ergebe sich aus der medizinischen Aktenlage: Gemäss D. ___-Gutachten sei der Status quo ante am 19. September 2003 erreicht worden; der natürliche Kausalzusammenhang werde nur als höchstens möglich beurteilt, und zwar selbst bei Annahme einer leichtgradigen HWS-Distorsion und einer leichten traumatischen Hirnverletzung. Aber selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang (teilweise) gegeben wäre, wäre die Leistungspflicht der Unfallversicherung mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen. Der Unfall vom 19. Juni 2003 sei wohl als leicht, höchstens aber als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu einem leichten zu qualifizieren. Da lediglich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (aber auch nicht in ausgeprägter Weise) erfüllt sei, sei die Adäquanz auf jeden Fall zu verneinen (Urk. 2).

Im vorliegenden Verfahren liess die Beschwerdegegnerin grundsätzlich an diesen Ausführungen festhalten, hielt aber dafür, dass auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu verneinen sei. Mithin sei kein einziges Adäquanzkriterium als gegeben anzusehen. Zudem liess die Beschwerdegegnerin der von der Beschwerdeführerin gegen das D. ___ erhobenen Kritik widersprechen. Der schwere Vorwurf, dass das D. ___ aufgrund seines angeblichen Abhängigkeitsverhältnisses zu grossen Versicherungen voreingenommen sei, werde zurückgewiesen (Urk. 12 und 25).

2.2. Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vortragen, dass sie anlässlich des Unfalls vom 19. Juni 2003 zumindest eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten habe, wie das auch von Dr. I. ___ diagnostiziert und belegt worden sei. Die Beschwerdegegnerin versuche mit allen Mitteln, den tatsächlich gegebenen Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem erlittenen Unfall zu bestreiten. Auch Prof. Dr. G. ___ komme zum Schluss, dass eine Schädigung des Hirns vorliege und dass diese Schädigung die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hervorrufe. Entgegen den Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid, habe die Beschwerdeführerin immer ausgesagt, sie könne sich nicht mehr an alles erinnern. Sie habe bereits kurz nach dem Unfall Kopfschmerzen gehabt. Das D. ___-Gutachten sei ein reines Parteigutachten, das keinen Beweiswert habe. Das D. ___ sei für verschiedene Versicherungsgesellschaften und insbesondere auch für die Beschwerdegegnerin tätig; da das D. ___ von der Beschwerdegegnerin bezahlt worden sei, sei das erstellte Gutachten nicht beweiskräftig. Es sei partiisch und einzig zu dem Zweck erstellt worden, um die berechtigten Ansprüche der Beschwerdeführerin zu vereiteln. Tatsache sei (und da könne man noch so viele juristische Argumente vorbringen), dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfalltag mehr oder weniger (je nach Wetter, Umständen und Jahreszeit) als behindert anzusehen sei. Sie sei keine Simulantin; sie habe vielmehr eine Hirnverletzung erlitten. Schliesslich gehe auch aus dem von der Invalidenversicherung eingeholten MEDAS-Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin unfallbedingt zu 50

% arbeitsunfähig sei (Urk. 1, 12 und 28).

E. 3

3.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Januar 2007 eingestellt hat, weil ab diesem Zeitpunkt zwischen den noch geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 19. Juni 2003 kein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang mehr bestanden hat.

3.2 Aus den umfangreichen medizinischen Akten werden nachfolgend nur diejenigen auszugsweise wiedergegeben, die Aufschlüsse zur vorliegend streitentscheidenden Kausalitätsfrage geben.

Dr. med. K., Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. November 2003 (Urk. 14/M6; vgl. auch Urk. 14/M9a) ein HWS-Distorsionstrauma und eine Kontusion der rechten Kieferhälfte bei Anfallunfall am 19. Juni 2003 mit posttraumatischem, myofaszialem, cervikovertebralem und cervikocephalem Syndrom mit segmentalen Dysfunktionen und ausgeprägten myofaszialen Befunden, leichte kognitive Störungen (verminderte Konzentration, rasche Ermüdbarkeit) sowie eine Kontusion und Schürfungen am rechten Ellbogen, dem rechten Kniegelenk und über der rechten Beckenseite.

Dr. med. L., Spezialarzt FMH für Neurologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 19. Dezember 2003 (Urk. 14/M8) dahingehend, dass im Gespräch mit der psychisch unauffälligen Beschwerdeführerin keine kognitiven Defizite erudierbar gewesen seien. Die Kopf-Hals-Beweglichkeit sei in sämtlichen Bewegungsrichtungen unauffällig. Wahrscheinlich leide die Beschwerdeführerin an einem migräneartigen, posttraumatischen Kopfweg.

Dr. med. M., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob in seinem Bericht vom 15. April 2005 (Urk. 14/M19) folgende Diagnosen:

St. n. Verkehrsunfall am 19.06.2003

- postkommotionelles Syndrom (ICD-10: F07.2)

- Distorsionstrauma der Halswirbelsäule mit

- cervico-cephalem Syndrom

- cervico-vertebralem Schmerzsyndrom

- Insomnie wegen chronifiziertem cervico-vertebralem Schmerzsyndrom

- St. n. posttraumatischer Belastungsstörung

Die Beschwerdeführerin leiste zwar offiziell wieder dasselbe Arbeitspensum wie vor dem Unfall. Dies könne sie aber nur, weil sie Arbeiten mit nach Hause nehme und einen Teil ihrer Freizeit dafür aufwende. Es sei eindeutig von einer reduzierten Leistungsfähigkeit (im Ausmass von etwa 40 %) auszugehen.

PD Dr. med. N., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seinem Bericht vom 16. April 2005 (Urk. 14/M17a), dass bei

der Beschwerdeführerin - abgesehen von einer nach einem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule nicht selten auftretenden neurasthenischen Symptomatik und der verstärkten Beunruhigung über die nach dem Unfall nicht wiedererlangte volle Gesundheit - keine psychische Problematik vorliege. Die Beschwerdeführerin zeige offensichtlich eine Reihe von Symptomen, wie sie nach einem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule auftreten. Dazu gehörten die Müdigkeit und die erhöhte Erschöpfbarkeit mit verlängerter Erholungsphase, welche in der psychiatrischen Terminologie als Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bezeichnet werde. Es handle sich nicht um eine psychogene Störung. Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nie aufgetreten. Die Arbeitsfähigkeit sei immer noch deutlich reduziert und betrage maximal 70 %.

Dr. med. O. ____, Facharzt FMH für Neurologie, führte in seinem Gutachten vom 23. Mai 2005 (Urk. 14/M18) aus, die Beschwerdeführerin klage über Kopf- und Nackenschmerzen, intermittierende Muskelkrämpfe, intermittierende Kribbel- und Einschlafparästhesien, chronische Schlafstörungen, eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Er diagnostizierte Residualbeschwerden nach Sturz auf der Strasse mit möglichem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, posttraumatische Kopfschmerzen (Mischform von Migräne, cervikogenen Kopfschmerzen und Spannungstyp), ein regredientes cerviko-vertebrales und -spondylogenes Syndrom rechts, eine vegetative Dysregulation (unter anderem mit multifokalen Muskelverkrampfungen) und ein Neurasthenie-Syndrom mit wechselhafter kognitiver Beeinträchtigung. Es lägen die typischen Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung vor. Ob auch eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) vorhanden sei, könne nicht mit Sicherheit beantwortet werden, da man sich hierfür auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützen müsse und keine objektivierbaren Befunde heranziehen könne. Während initial von keiner Bewusstlosigkeit berichtet worden sei, werde nunmehr von der Mutter der Beschwerdeführerin berichtet, dass diese etwa eine Minute lang bewusstlos gewesen sei. Eher gegen ein hartes Aufschlagen des Kopfes und eine konsekutive Commotio spreche die von allen Beteiligten beschriebene Abwehrbewegung mit dem Arm und auch die dazu passende Schürfung am Ellbogen sowie das nicht unmittelbar posttraumatisch, sondern erst einige Stunden später einsetzende Kopfweh mit Erbrechen. Pathologische Befunde könne er (wie meistens nach solchen Traumen) nicht erheben. Die geklagten Beschwerden ständen aber überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 19. Juni 2003. Das Unfallereignis sei zur Erklärung des heutigen Gesundheitszustandes nicht wegdenkbar. Durch eine weitere medizinische Behandlung sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erreichen. Durch ein Konditions- und Krafttraining könne hingegen der heutige Gesundheitszustand gehalten und wahrscheinlich noch verbessert werden. Gleiches gelte für die medikamentöse Basisbehandlung der Kopfschmerzen. Seines Erachtens bestehe keine erhebliche Schädigung der körperlichen und geistigen Integrität.

Dr. med. P. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, äusserte sich am 2. März 2007 dahingehend, dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellte lumbale Diskushernie wohl nicht mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang stehe. Seit dem Unfall habe sich aber ihr Leben vollständig verändert. Dieser Unfall habe ihre

Lebensqualität stark beeinflusst (Urk. 14/M30).

Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 16. April 2007 (Urk. 14/M34) fest, dass die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2003 eine Commotio cerebri erlitten habe. Es liege eine muskulo-skelettale, neurovegetative und neuropsychologische Symptomatik vor, wobei diese Symptomgruppen interagierten.

Der Neuropsychologe Dr. phil. R.____ vertrat in seinem Bericht vom 22. November 2007 (Urk. 14/M36) die Ansicht, dass die reduzierte, schwankende Aufmerksamkeit/Konzentration sowie die schwankende Erfassung und erschwerte Wortfindung weit im Vordergrund ständen. Dank ihrem hohen kognitiven Potential könne die Beschwerdeführerin meist kompensatorische Leistungen finden, weshalb die Störung im Alltag eher nicht auffalle. Die vorliegenden Befunde entsprächen einer minimalen neuropsychologischen Funktionsstörung, wie sie als deutliche Restsymptomatik nach einer Commotio cerebri gesehen würden. Die Befunde ständen mit den geklagten Beschwerden im Einklang.

Dr. A.____, Dr. B.____ und Dr. C.____ diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 23. April 2008 (Urk. 14/M37), das unter konsiliarischer Beteiligung von Dr. E.____ erstellt wurde, folgende Diagnosen:

1. Multifaktorielle Kopfschmerzsymptomatik mit/bei:

- höchstens möglicher leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) am 19.06.2003
- Migräne ohne Aura
- episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- Analgetikaübergebrauch

2. Myofasciales paravertebrales Weichteilschmerzsyndrom cervical mit/bei:

- Status nach leichtgradiger Distorsion der HWS (WAD Grad 0-1) am 19.06.2003
- konventionell-radiologisch altersentsprechenden diskret unkarthrotischen Veränderungen im mittleren cervicalen Drittel
- segmentaler Hypermobilität HWK5/6
- kernspintomographisch deutlicher Streckhaltung C2 bis C8 ohne Hinweise für eine diskoligamentäre Instabilität oder Diskopathie (MRI 29.07.2003)
- konstitutioneller Bandlaxität

3. Muskulostatisches Thorakolumbalsyndrom mit/bei:

- muskulostatischer Dysbalance mit angedeutetem Hohlrundrücken
- Status nach geringgradig abgelaufenem thorakalem Morbus Scheuermann
- kernspintomographisch chondrotischen Veränderungen L4/5 (MRI LWS 11.01.2007) mit massigen degenerativen Veränderungen (Spondylarthrosen) und Hypertrophie der Ligamenta flava

4. Chronische Insomnie (ICD-10: F51.0)

Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht (psychiatrisch, neurologisch, internistisch und orthopädisch-rheumatologisch) bezogen auf ihre derzeit ausgeübten Tätigkeiten (Teilzeitangestellte in der Rechtsabteilung einer Bank und Jusstudentin) als uneingeschränkt arbeitsfähig einzustufen. Im retrospektiven Verlauf lasse sich das heute ermittelte Arbeitsprofil, abgesehen von den behandlungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten, ein Jahr nach dem Zeitpunkt des Unfallereignisses terminieren. Die im Zuge der interdisziplinären Begutachtung orthopädisch-rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch erhobenen Befunde ständen höchstens möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. Juni 2003. Die geklagten Beschwerden liessen sich mit klinisch und bildgebend objektivierbaren Befunden nicht vollumfänglich erklären. Auch die retrospektiv nachgeschobene Diagnose einer Commotio cerebri lasse sich nicht nachvollziehen. Es dränge sich vielmehr der Verdacht eines analgetikaunterhaltenen Dauerkopfschmerzes auf, der nicht Folge des Unfalls, sondern Folge einer unsachgemässen Behandlung eines zunächst episodischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp sei. Was die leichten neuropsychologischen Beschwerden angehe, sei festzustellen, dass diese unspezifisch und keinesfalls geeignet seien, eine traumatische Verletzung des Gehirns oder der Halswirbelsäule zu belegen, solange keine strukturelle traumatische Läsion nachgewiesen sei. Ebenso gut könne es sich dabei um Interferenzen seitens der Schmerzen oder auch der Medikation handeln.

Dr. F. ___ äusserte sich am 15. Mai 2008 dahingehend, dass im D. ___-Gutachten klar festgehalten werde, dass die noch vorliegende Symptomatik vollumfänglich unfallfremd sei, es sei denn, man könne mittels einer zerebralen Kernspintomographie einen Zustand nach Hirnkontusion objektivieren. Dies sei aber aufgrund der Anamnese äusserst unwahrscheinlich (Urk. 14/M38).

Prof. Dr. G. ___ vertrat in seinem Bericht vom 5. Februar 2009 (Urk. 3/2) die Auffassung, dass sich bildgebend diverse Schädigungen am Gehirn der Beschwerdeführerin darstellen liessen (Läsion paramedian rechts in der Höhe der bulbo-medullären Verbindung, zentrale anteriore Brückenschädigung, leichte posttraumatische sequentielle kortikale Atrophie, verschiedene posttraumatische sequentielle Zustände auf der Höhe der zwei Pedunculi cerebri, bilaterale Schädigung der oberen Hälfte der zwei Nuclei lenticulares, Schädigung des anterioren Teils des Corpus fornicis, pathologische Anomalien des Corpus callosum sowie beidseitige Schädigung des posterioren Teils der zwei Cingula). Bei der Beschwerdeführerin, die von hinten seitlich von einem Radfahrer angefahren worden sei, dränge sich die Idee eines Schleudertraumas mit Kontusion der Halswirbelsäule rechts und posterior mit zervikoenzephallem Syndrom auf.

Prof. Dr. med. S. ___, Facharzt FMH für Radiologie und Neuroradiologie, hielt in seinem Bericht vom 17. Juni 2009 (Urk. 14/M39) über die durchgeführte MRI-Untersuchung (Schädel MRI triplanar nativ / kontrastverstärkt) folgende Beurteilung fest: Normales Schädel MRI ohne Anhaltspunkte für das Vorliegen intrakranieller Traumafolgen.

Dr. H. ___ führte in seinem Bericht vom 10. Juli 2009 (Urk. 14/M40) aus, dass sich eine unfallkausale strukturelle Hirnläsion nicht nachweisen lasse. Die Signalhypointensität des Globus pallidus medial sei physiologisch, die kleine venöse

Malformation im Gyrus praecentralis links habe mit Sicherheit keinen Zusammenhang zum Unfallereignis. Insgesamt müsse das MRI als im Wesentlichen normal bezeichnet werden; es sei sicher nicht durch Unfallfolgen charakterisiert. Es lägen keine organisch objektivierbaren unfallkausalen Befunde vor. Der Endzustand sei vermutlich schon vor sehr langer Zeit erreicht worden.

Dr. I. ___ vertrat am 16. Oktober 2009 die Ansicht, die Beschwerdeführerin habe bei ihrem Unfall definitionsgemäss mindestens eine leichte traumatische Hirnverletzung durchgemacht. Dies werde sowohl durch eine retrograde wie auch eine kurze anterograde Amnesie und ein deutlich reduziertes Erinnerungsvermögen in den ersten Tagen nach dem Unfall belegt. Der fehlende Kopfanprall schliesse eine Hirnverletzung in keiner Weise aus; entscheidend seien die abrupten Beschleunigungen des Gehirns (translatorisch oder rotatorisch). Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin sei nicht besonders auffällig gewesen; eine gewisse Niedergeschlagenheit wegen des mühsamen Verlaufs sei aber spürbar (Urk. 14/M41).

Dr. H. ___ entgegnete darauf am 18. November 2009, er erachte es als sinnlos, darüber zu streiten, ob nun tatsächlich eine MTBI stattgefunden habe oder nicht. Falls eine solche stattgefunden hätte, wäre sie aber ohnehin am untersten Ende des Spektrums anzusiedeln. Er sehe nicht ein, wie dadurch bleibende Symptome begründet werden könnten. Auch Dr. I. ___ begründe die Persistenz der Symptome nicht. Er halte an seiner Auffassung fest, wonach der Schadenfall ohne Residuen abgeschlossen werden könne (Urk. 14/M42).

Dr. I. ___ führte in seinem Bericht vom 15. Februar 2010 (Urk. 3/12; vgl. auch Urk. 3/13) aus, es sei in Fachkreisen, die sich ernsthaft mit der MTBI auseinandersetzen, anerkannt, dass mit der heutigen Bildgebung (inklusive MRI) die sicher vorhandenen strukturellen Veränderungen nicht sichtbar gemacht werden könnten. Die im D. ___-Gutachten aufgestellte Hypothese, wonach die chronischen Kopfschmerzen (teils migräniform) wahrscheinlich durch einen Schmerzmittelabusus zustande gekommen seien, sei möglicherweise richtig. Hierzu sei aber klar festzuhalten, dass diese Schmerzmittel vom behandelnden Rheumatologen wegen der starken schmerzhaften Beschwerden an der Wirbelsäule verschrieben worden seien, weshalb die Kopfschmerzen so oder so als unfallkausal zu qualifizieren seien. Die Beschwerdeführerin sei immer noch zu 50 % arbeitsunfähig.

Dr. med. T. ___, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, und Chefarzt Dr. med. U. ___, Spezialarzt FMH für Rheumatologie, von der MEDAS J. ___ diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 14. Dezember 2010 (Urk. 29) eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0), eine nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0) sowie chronische Kopfschmerzen (wahrscheinlich Mischform). Diese Diagnosen hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (daneben wurden noch Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben [vgl. dazu Urk. 29 S. 26]). Es wurde als wahrscheinlich bezeichnet, dass die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2003 eine Distorsion der Halswirbelsäule erlitten habe. Eine leichte traumatische Hirnverletzung wurde für möglich erachtet. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig.

Am 30. Dezember 2010 nahm Dr. I. ___ nochmals Stellung (Urk. 20): Die Beschwerdeführerin habe am 19. Juni 2003 mit hoher Wahrscheinlichkeit eine

leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) mit heute noch nachweisbaren unfallkausalen Folgen (kognitive Funktionsstörungen und leichte Beeinträchtigung der Beinmotorik), eine HWS-Distorsion sowie chronische posttraumatische Kopfschmerzen erlitten. Das im D. ___-Gutachten behauptete Fehlen von unfallkausalen persistierenden Gesundheitsstörungen könne nicht nachvollzogen werden und sei falsch.

Dr. H. ___ erklärte am 4. Mai 2011, dass er die von Prof. G. ___ postulierten strukturellen Veränderungen des Hirns für eine Überinterpretation halte. Nach der Bildgebung, auf die sich Prof. G. ___ beziehe, sei ein neues MRI des Schädels angefertigt worden, das vom erfahrenen Neuroradiologen Prof. S. ___ als normal befunden worden sei. Er habe schon wiederholt Bilder von Prof. G. ___ mit Prof. S. ___ diskutiert. Leider hätten sie in allen Fällen sagen müssen, dass Prof. G. ___ Überinterpretationen seiner Bilder liefere. Es müsse festgehalten werden, dass im neuen MRI des Hirns keine posttraumatischen Folgen nachweisbar gewesen seien (Urk. 26).

3.3 Soweit die Beschwerdeführerin die Auffassung vertreten liess, das D. ___-Gutachten sei nicht verwertbar beziehungsweise habe keinen Beweiswert, weil das D. ___ für verschiedene Versicherungsgesellschaften und insbesondere auch für die Beschwerdegegnerin tätig sei und demzufolge von diesen Gesellschaften wirtschaftlich abhängig, ist ihr entgegenzuhalten, dass auch eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts für sich allein keinen Befangenheitsgrund darstellt. Daran hat das Bundesgericht trotz gelegentlich in Rechtsschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, könne nicht unparteiisch sein, festgehalten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_900/2009 vom 18. März 2010, E. 2.1 mit Hinweisen auf SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C_509/2008, und SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C_67/2007). Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch aufgrund des Urteils des EGMR in Sachen Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007 Nr. 31930/04 nicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_134/2009 vom 5. August 2009, E. 2.4 mit Hinweisen, BGE 135 V 465 E. 4.4). Der formell-rechtliche Einwand der fehlenden Unabhängigkeit des D. ___ stützt sich auch mit Blick auf die der MEDAS rechtsprechungsgemäss zukommende Unabhängigkeit und Unparteilichkeit (BGE 132 V 376 E. 6.2, 123 V 175; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_127/2010 vom 7. April 2010, E. 3.2) ins Leere. Für eine Befangenheit der einzelnen Gutachter fehlt es überdies an konkreten Anhaltspunkten.

E. 3.4

3.4.1 Aufgrund der oben wiedergegebenen medizinischen Akten ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen. Unter den medizinischen Experten und Expertinnen ist umstritten, ob die Gesundheitsstörungen in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. Juni 2003 stehen und welche Auswirkungen sie gegebenenfalls auf die Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben.

Dr. K. ___, Dr. M. ___, PD Dr. N. ___, Dr. O. ___, Dr. A. ___, Dr. B. ___, Dr. C. ___, Prof. G. ___, Dr. T. ___ und Dr. U. ___ stimmten darin überein, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses vom 19. Juni 2003 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe (vgl. Urk. 14/M6, Urk. 14/M19, Urk.

14/M17a, Urk. 14/18 und Urk. 29). Insoweit herrscht unter den medizinischen Experten Einigkeit. Ob die Beschwerdeführerin auch eine Commotio cerebri beziehungsweise eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) erlitten hat, ist unter den Experten umstritten. Während Dr. Q.____ und Dr. R.____ von einer Commotio cerebri ausgingen (Urk. 14/M34 und 14/M36), waren Dr. A.____, Dr. B.____ und Dr. C.____ der Ansicht, dass eine MTBI höchstens möglicherweise vorliege und dass die Diagnose einer Commotio cerebri nicht nachvollziehbar sei (Urk. 14/M37). Prof. G.____ vertrat die Auffassung, dass sich bildgebend diverse Schädigungen am Gehirn darstellen liessen (Urk. 3/2). Dies wurde von Dr. H.____ als eine Überinterpretation zurückgewiesen (Urk. 26; vgl. auch Urk. 14/M40 und 14/M42). Auch gemäss Prof. S.____ war das Schädel-MRI normal, ohne Anhaltspunkte für das Vorliegen intrakranieller Traumafolgen (Urk. 14/M39).

Demgegenüber war Dr. I.____ wiederum der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin bei ihrem Unfall definitionsgemäss mindestens eine leichte traumatische Hirnverletzung durchgemacht habe (Urk. 14/M41; vgl. auch Urk. 20). Allerdings erklärte er später (und widersprach damit indirekt auch Prof. G.____), dass es in Fachkreisen, die sich ernsthaft mit der MTBI auseinandersetzten, anerkannt sei, dass mit der heutigen Bildgebung vorhandene strukturelle Veränderungen nicht sichtbar gemacht werden könnten (Urk. 3/12). Dr. T.____ und Dr. U.____ erachteten eine leichte traumatische Hirnverletzung für möglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser ärztlichen Äusserungen und der oben wiedergegebenen Rechtsprechung betreffend Beweisgrundsätze bei Schleudertraumata, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen (vgl. E. 1.3.2) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 19. Juni 2003 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat und dass zwischen den (noch) geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem genannten Unfallereignis ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ob die Beschwerdeführerin darüber hinaus auch noch eine Commotio cerebri beziehungsweise eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hat, lässt sich gestützt auf die vorliegenden - stark divergierenden - Expertenmeinungen nicht entscheiden. Jedenfalls kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass eine solche Verletzung stattgefunden hat, daran vermögen auch die Befragungen von Zeugen (vgl. Urk. 1) nichts zu ändern.

Letztlich kann aber die umstrittene Frage, ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 19. Juni 2003 neben einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule auch ein Schädelhirntrauma beziehungsweise eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat, offen bleiben. Gestützt auf die medizinischen Akten ist nämlich erstellt, dass den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden kein organisches Substrat (mehr) zugrunde liegt. Für die nachfolgend zu beantwortende Adäquanzfrage ändert sich insoweit nichts, da sowohl bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule als auch einem Schädelhirntrauma (beziehungsweise äquivalenten Verletzungen) dieselben Adäquanzkriterien zur Anwendung kommen (vgl. E. 1.4.4).

3.4.2.2 Ä Gegenüber der V.____ schilderte die Beschwerdeführerin den Unfall vom 19. Juni 2003 folgendermassen (Urk. 14A):

Ich ging zusammen mit meiner Mutter zu Fuss vom W.____ herkommend via Durchgang zur AA.____. Dort blieben wir Nähe Durchgang auf dem Trottoir stehen. [...] Ich sah einen Radfahrer, der vom BB.____ herkommend auf dem Trottoir uns entgegenfuhr. Ich bemerkte, wie er Schlangenlinie fuhr. Weil er sehr ruckartige Bewegungen mit dem Lenker machte,

hatte ich das Gefühl, dass [er] sein Fahrrad in diesem Moment nicht unter Kontrolle hatte. Gleichzeitig oder sogar etwas vorher bemerkte ich ein Kabel, welches quer über das Trottoir lag und durch eine Holzlattung abgedeckt war. [...] Der Radfahrer fuhr in der genannten Art und Weise auf meine Mutter und mich zu. Ich schob meine Mutter mit einem Arm in den Durchgang zurück und tat ebenfalls einen Schritt in diese Richtung. In diesem Moment fuhr der Lenker des Fahrrades, ein Mann, in mein linkes Bein. Ich fiel durch dieses Anfahren bedingt mit der rechten Seite voran zu Boden. Dabei drehte ich meinen Kopf nach links zurück. Gleichzeitig fiel der Mann mit seinem Fahrzeug auf mich. Ich sah, wie eines der Räder auf meinen Kopf [zukam]. Sofort nahm ich meinen linken Arm schützend vor mein Gesicht.

Der Mann stürzte ebenfalls zu Boden. Er lag samt Fahrrad flach auf dem Boden. Ich sass auf und fing gleich an meine Utensilien, welche aus meiner Tasche gefallen waren, aufzusammeln. Ich hörte gleich darauf wie meine Mutter, welche sehr erschrocken war, den Radfahrer lautstark zurechtwies. Daraufhin stand ich auf und ging zu meiner Mutter. Ich wollte nicht, dass sie sich zu sehr aufregt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf diese Sachverhaltsdarstellung der Beschwerdeführerin ist das Unfallereignis vom 19. Juni 2003 am ehesten den mittelschweren Unfällen zuzuordnen, wobei - ohne den Unfall zu bagatellisieren - von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen ist. Selbst wenn auf die - etwas dramatisiert wirkende - Unfallschilderung der Mutter der Beschwerdeführerin abzustellen wäre (vgl. Urk. 3/8), würde sich an dieser Qualifikation nichts ändern. Es ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin und deren Mutter angesichts des Erlebten erschrocken sind, was auch aus der oben wiedergegebenen Sachverhaltsdarstellung hervorgeht; dies ändert jedoch nichts daran, dass das Ereignis objektiv betrachtet weder besonders dramatisch noch besonders eindrucklich war. Die erlittenen Verletzungen waren weder schwer noch von besonderer Art. Eine fortgesetzte spezifische, belastende ärztliche Behandlung fand nicht statt. Die Behandlungen überstiegen weder in ihrer Art noch in Dauer und Intensität das bei Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen übliche Mass. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung liegen nicht vor. Der Heilungsverlauf war nicht schwierig; es traten keine Komplikationen auf. Gestützt auf die medizinischen Akten ist jedoch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin unter erheblichen Beschwerden leidet, weshalb dieses Kriterium als erfüllt anzusehen ist. Ob das Kriterium ■erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen■ gegeben ist, kann angesichts der auch in diesem Punkt stark divergierenden ärztlichen Meinungsäusserungen nicht sicher entschieden werden. Diese Frage kann aber letztlich offen bleiben: Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin davon ausgegangen wird, dass auch dieses Adäquanzkriterium gegeben ist, würde dies - auch unter Berücksichtigung der erheblichen Beschwerden - nicht ausreichen, um die Adäquanz zu begründen, da die beiden genannten Adäquanzkriterien im Sinne der höchstrichterlichen Praxis (vgl. E. 1.4.3) jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Januar 2007 eingestellt hat, weil zwischen den nach diesem Zeitpunkt noch geklagten Gesundheitsstörungen und dem Unfallereignis vom 19. Juni 2007 kein adäquater Kausalzusammenhang mehr bestanden hat. Demzufolge ist die Beschwerde

abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Marcel Bähler

- Försprecher Martin Bärtle

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.