Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
8C 500/2007

Urteil vom 16. Mai 2008
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Lustenberger,
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Parteien
D._____, Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Rémy Wyssmann, Hauptstrasse 36, 4702 Oensingen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn
vom 20. Juni 2007.

Sachverhalt:

A.
D._____, geboren 1951, war vom 7. Juli 1980 bis 31. Dezember 2001 bei der X._____ AG als Sekretärin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Bei einer Kollision von zwei Zügen am 11. August 2001 zog sie sich Verletzungen am Nacken zu. Am 20. August 2001 nahm sie ihre Arbeit wieder voll auf. In der Folge war sie vom 17. bis 24. September 2001 voll, ab 10. Juli 2002 zu 25 %, von 26. November 2002 bis 5. Januar 2003 erneut voll, ab 6. Januar 2003 zu 25 % und ab 8. Januar 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 1. Juli 2005, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2005, stellte die SUVA ihre Leistungen per 17. Juli 2005 ein.

B.
Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn wies die hiegegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 20. Juni 2007 ab.

C.
D._____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen mit dem Antrag, es seien der kantonale Entscheid aufzuheben, die Vorinstanz resp. der Unfallversicherer anzuweisen, die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen und in dieser Zeit die gesetzlichen Leistungen bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % zuzüglich eines Verzugszinses zu erbringen. Eventualiter seien ihr die gesetzlichen Leistungen bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % zuzüglich eines Verzugszinses auszurichten. Die Vorinstanz und die SUVA schliessen auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.
Nach Erlass des Urteils BGE 134 V 109 gewährt das Bundesgericht den Parteien das rechtliche Gehör, von welchem diese mit Eingaben vom 12. März 2008 (SUVA) und 10. April 2008 (D._____) Gebrauch machen.

Erwägungen:

1.
Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Leistungsvoraussetzungen des natürlichen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen) und des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181 mit Hinweis), den Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158, je mit Hinweisen) sowie die Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

2.
2.1 Dr. med. R._____ diagnostizierte am 3. Oktober 2001 den Status nach Beschleunigungs-/Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) und attestierte volle Arbeitsunfähigkeit vom 11. bis 20. August und vom 17. bis 24. September 2001. Am 15. Februar 2002 gab er an, die Behandlung sei abgeschlossen, da die Versicherte nur noch geringe Restbeschwerden aufgewiesen habe.

2.2 Dr. med. von W._____, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, hielt am 4. Juni 2002 eine posttraumatische Vestibularisstörung bei Status nach HWS-Schleudertrauma fest.

2.3 Am 18. Juli 2002 stellte der Kreisarzt weder Dolenzen an den Dornfortsätzen, der paravertebralen, nuchalen Muskulatur oder des Schultergürtels noch Einschränkungen der Kopf-Nackenbeweglichkeit fest. Anamnestisch berichte die Versicherte von einem Weichteilrheumatismus, der medikamentös behandelt worden sei. Die Arbeitsunfähigkeit von 25 % sei zur Zeit nötig. Da die Brückensymptome durchgehend seien, gehe er von einer Unfallkausalität aus. Die psychologische Beratung begrüsse er. Die Versicherte könne vom geplanten stationären Aufenthalt profitieren, zur Abklärung sei er aber nicht nötig.

2.4 Dr. med. U._____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt am 19. Juli 2002 ein cervicocephales Syndrom mit/bei episodischen rechtsorientierten Cervicocephalgien, ungerichtetem Schwindel, posttraumatischer Vestibularisstörung sowie Status nach Kontusion von HWS/Cranium am 11. August 2001 fest und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % seit 10. Juli 2002.

2.5 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, kam am 3. September 2002 zum Schluss, die chronifizierenden, rechtsseitigen, teils migräneformen Cephalea könnten mit einer HWS-Distorsion in Zusammenhang stehen. Gestützt auf das Hirn-MRI vom 17. September 2002 diagnostizierte er teils migräneforme, teils an Spannungskopfschmerzen erinnernde, rechts einseitige rezidivierende Kopfschmerzen bei Status nach HWS-Distorsion und zentral vollständig kompensierter peripher-vestibulärer Störung des rechten Labyrinthes.

2.6 Die Rehaklinik Z._____ diagnostizierte anlässlich des Aufenthalts vom 26. November bis 24. Dezember 2002 den Status nach Contusio capitis mit wahrscheinlicher HWS-Distorsion am 11. August 2001 mit Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung, persistierendem cervicocephalem Syndrom bei permanent vorhandenem Schwindel, episodisch auftretenden, rechts orientierenden Cervicocephalgien, deutlich verminderter Belastbarkeit im Alltag und Verdacht auf leichte traumatische Hirnverletzung. Bei Austritt attestierte sie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei einem Pensum von 75 % für drei Wochen, mit folgender schrittweiser Steigerung (Bericht vom 14. Januar 2003).

2.7 Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Arbeitsmedizin, berichtete am 6. März 2003, die Versicherte habe die Arbeit infolge persistierender Probleme zwischenzeitlich auf 50 % gesenkt. Nun sei sie eher im Gleichgewicht. Er bezweifle die Möglichkeit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % bis 80 %.

2.8 Am 15. Mai 2003 gab die Versicherte an, wegen ihrer gesundheitlich reduzierten Leistung werde sie von ihrer Chefin unter Druck gesetzt. Sie habe auch etwas Rheuma in den Fingern und Händen sowie zeitweise Probleme mit dem Rücken, weshalb sie Vioxx einnehme. Nach Einschätzung des Kreisarztes wirkte sie deprimiert, aber ansonsten in gutem Zustand. Die Kopf-Nackenbeweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Am unangenehmsten seien die Schwindelgefühle und der Tinnitus im rechten Ohr. Er gehe davon aus, dass die Schwindelgefühle vom Vioxx unterhalten würden, und empfehle ein anderes NSAR. Bei der aktuellen Stimmungslage halte er eine medikamentöse und gesprächstherapeutische Psychotherapie für notwendig. Die Arbeitssituation sei ein sehr ungünstiger, aber unfallfremder Faktor. Die psychische Störung liege klar im Vordergrund. Ein Fallabschluss sei verfrüht.

2.9 Dr. phil. K._____, Fachpsychologe für Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 7. Oktober 2003 persistierende Symptome an, die aus psychologischer Sicht erklärbar seien: Dauerschwindel mit Übelkeit, chronische Müdigkeit bzw. Erschöpfung als latente depressive Entwicklung, Rückzugstendenzen (reaktiv depressive Symptomatik in Komorbidität mit dem Schmerz), Trauerreaktionen (einerseits Lebensereignisse, andererseits Verlust von gewohnten Tätigkeiten), migräneartige Kopfschmerzen. Die derzeitige Arbeit sei infolge der Daueranspannung und der fehlenden Erfolgserlebnisse sowie der Bildschirmtätigkeit und Isolation am Arbeitsplatz einer Rehabilitation nicht förderlich. Grundsätzlich sei eine Arbeit aber wichtig.

2.10 Am 23. Oktober 2003 berichtete die Versicherte, psychisch gehe es ihr gar nicht so schlecht, aber sie müsse darauf achten, sich ausruhen zu können. Der Kreisarzt stellte uneingeschränkte Spontanbewegungen fest. Sie wirke höchstens etwas verhalten und ängstlich. Die Kopf- und Nackenbeweglichkeit sei vorsichtig, aber keineswegs eingeschränkt. Die erheblichen subjektiven Einschränkungen seien objektiv nicht erklärbar. Zur Zeit bestehe keine nennenswerte muskuläre nuchale Verspannung oder Bewegungseinschränkung. Der Schultergürtel sei weitgehend frei. Er finde auch keine Hinweise auf eine Fibromyalgie. Höchst ungünstig wirke sich die Arbeitssituation aus. Dies sei am ehesten als Stress und Panikreaktion zu werten. Ein Berufswechsel sei dringend, allerdings nur bei psychotherapeutischer Begleitung und vermutlich medikamentöser Behandlung der Depression.

2.11 Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, diagnostizierte am 26. Januar 2004 eine Akzentuierung vorbestehender Kopfschmerzen nach craniocervicalem Distorsionstrauma mit anamnestisch vorbestehendem Fibromyalgiesyndrom, passagerem cervicocephalem Syndrom, teils migräneformen, teils Spannungskopfschmerzen, wahrscheinlicher Labyrinthverletzung rechts und psychogen unterhaltenen Beschwerden bei Verdacht auf eine Anpassungsstörung. Die Nackenbeschwerden hätten sich nach dem Unfall zeitgerecht zurückgebildet und der Hausarzt habe die Behandlung abgeschlossen. Das Hauptproblem seien die Kopfschmerzen mit Schwindel und Unwohlsein. Die Kernspintomographie habe keine traumatische Hirnverletzung nachgewiesen. Während der stationären Behandlung sei von einer Hirnverletzung gesprochen worden, ohne spezifische Befunde anzuführen. So habe die neuropsychologische Abklärung keine Funktionsstörungen ergeben. Der behandelnde Psychotherapeut sehe psychogene Gründe für das Andauern der Beschwerden. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich unspezifische segmentale Befunde cervicothorakal ergeben, die am ehesten auf eine statische Störung mit Kopfprotraktionsfehlhaltung und Abflachung der thorakalen Kyphosierung
zurückzuführen seien. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei sehr wahrscheinlich. Er empfehle eine osteopathische Behandlung. Gemäss Bericht vom 9. März 2004 ergab diese keine weiteren erklärbaren Befunde oder Veränderung der Kopfschmerzen. Die Beurteilungen der übrigen Ärzte seien widersprüchlich. Dem Fibromyalgiesyndrom komme vordergründige Bedeutung zu. Die subjektiven neuropsychologischen Schwächen seien in diesem Zusammenhang zu sehen.

2.12 Die Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, Spital Y._____, schloss am 10. Mai 2004 auf ein chronisches Schmerzsyndrom, überlagert durch Spannungskopfschmerzen. Hinsichtlich der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen könne ebenfalls ein Zusammenhang mit dem chronischen Schmerzsyndrom bestehen, möglicherweise überlagert durch die soziale Situation. In der Anamnese werde mütterlicherseits eine familiäre Anhäufung von rheumatischen Erkrankungen angegeben. Am 19. Mai 2004 präzisierte die Klinik,

trotz der glaubhaft geschilderten Schmerzen finde sich kein pathologischer Befund im Neurostatus. Die Patientin leide vor allem unter psychischen Folgen des als lebensbedrohlich erlebten Zugunglücks. Man schliesse sich der Beurteilung des Dr. phil. K._____ an. Der soziale Rückzug, die Energielosigkeit, die Verstimmung mit Hoffnungslosigkeit und die Besserung in den Ferien sprächen stark für eine psychische Komponente. Häufig resultiere bei Patienten eine Verunsicherung, weil ihnen anstelle der Traumaverarbeitung falsche Ideen von erlittenen Schäden vermittelt würden, anstatt das Schwergewicht auf die positive Anschauung (keine schweren Verletzungen, normale Ergebnisse) zu richten. Eine neuropsychologische Testung sei sicher sinnvoll.

2.13 Gemäss Bericht der Abteilung für neuropsychologische Rehabilitation, Spital Y._____, vom 30. August 2004 zeigten sich deutliche Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Dabei seien insbesondere Aspekte der Aufmerksamkeitsintensität wie Ermüdbarkeit/Daueraufmerksamkeit und Aktivierung, die kognitive Verarbeitungskapazität sowie im Gedächtnisbereich Abrufleistungen vermindert gewesen. Es bestehe keine Depression, die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien auch nicht erfüllt. Als Ursache für die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit kämen in erster Linie das Schmerzerleben und/oder psychische Faktoren in Frage.

2.14 Am 21. Oktober 2004 hielt Dr. med. C._____ gestützt auf die Berichte des Spitals Y._____an seiner Einschätzung im Bericht vom 26. Januar 2004 fest. Die Beurteilung durch ihn, Dr. med. I._____, das Spital Y._____ sowie Dr. phil. K._____ ergebe ein kongruentes Bild, welches einzig zum Bericht der Rehaklinik kontrastiere. Bezüglich des Distorsionstraumas der HWS seien keine benennbaren Befunde mehr nachweisbar. Er empfehle eine abschliessende psychiatrische Begutachtung. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt.

2.15 Dr. med. B._____ berichtete am 16. Juni 2005, er könne keine Unterlagen über die Fibromyalgie vor dem Unfall beisteuern. Die Versicherte gebe jedoch an, dieses Syndrom früher gehabt zu haben, dass aber keine Abklärungen durchgeführt und sie deswegen nie wesentlich eingeschränkt gewesen sei. Sie kenne dieses Syndrom von ihrer Mutter und ihrer Schwester her. Dieselbe Symptomatik verspüre sie nun, was sie jedoch nicht beeinträchtige und mit den bekannten Einschränkungen nach dem Unfall nicht zu vergleichen sei.

2.16 Dr. med. S._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, hielt für Dr. med. R._____ fest, häufige Kopfschmerzen seien im September und November 1992 erstmals erwähnt. Im Februar 2000 seien Nackenverspannungen mit Ausstrahlungen in die rechte Kopfhälfte und rechte Axilla im Sinne eines Cervicothorakalsyndroms vermerkt. Bezüglich der Fibromyalgie seien im Januar 1995 eine Lumbosakralgie, im November 1995 eine Periarthropathia humeroscapularis links mehr als rechts und im September 1998 Nackenbeschwerden sowie Beschwerden am Ellenbogen, der Hüfte und beiden Knien festgehalten.

2.17 Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 27. April 2005 im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung mit Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, den Status nach depressiver Episode bei einer nach einem HWS-Distorsionstrauma entwickelten Schmerzproblematik (ICD-10: F 32.0). Aktuell könne keine Symptomatik festgestellt werden, die diagnostisch verwertbar sei. Insbesondere finde sich kein depressives Syndrom, auch keine Erkrankungen aus dem Formenkreis der ängstlich-affektiven Störungen. Aus psychiatrischer Sicht sei sie gesund und als Sekretärin sowie in einer anderen körperlich nicht belastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig. Dr. med. M._____ diagnostizierte am 12. Mai 2006 den Status nach Zugunfall am 11. August 2001 mit HWS-Distorsion sowie milder traumatischer Gehirnverletzung und peripherer traumatischer Vestibulopathie mit heute noch bestehenden mässig ausgeprägtem oberem und leicht bis mässig ausgeprägtem mittleren Cervicalsyndrom, cervicocephalem Syndrom mit Schwindel und Übelkeit, cervicogen getriggerten Kopfschmerzen im Sinne einer "migraine cervicale", leicht ausgeprägter Gleichgewichtsstörung bei Zustand nach Labyrinth-Verletzung rechts sowie cervicogenem Schwindel und leicht ausgeprägten kognitiven Störungen bei vorbestehend intermittierenden Spannungskopfschmerzen und Gelenkbeschwerden. Als Sekretärin bestehe eine Beeinträchtigung von 50 %; in einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % bis 70 % auszugehen.

3.
Die Versicherte macht geltend, die Vorinstanz hätte gar keine Adäquanzprüfung vornehmen dürfen, da durch das klar feststellbare organische Korrelat die Adäquanz deckungsgleich mit der natürlichen Kausalität sei. Dem kann nicht gefolgt werden. Die bei Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden werden von keinem der Ärzte einem klar definierbaren organischen Substrat zugeordnet. Vielmehr handelt es sich um organisch nicht nachweisbare Funktionsausfälle im Sinne des typischen Beschwerdebilds bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (wie etwa Kopfschmerzen und Schwindel). Daran ändert auch die Erwähnung des verschobenen Wirbels nichts. Denn dies ergibt sich nur aus der von der Arbeitgeberin verfassten Unfallmeldung, nicht aber aus einem ärztlichen Bericht. Dr. med. R._____ führt in seinem Bericht vom 3. Oktober 2001 als Röntgenbefund nur den Verdacht einer Instabilität C4/5 an und verneint frische ossäre Läsionen. Dr. med. U._____ erwähnt in seinem Bericht vom 19. Juli 2002 eine Translation während der Flexion auf Höhe C4/5, misst dem in der Folge aber keine Bedeutung zu. Auch in den späteren ärztlichen Berichten werden diese Befunde nicht wieder aufgenommen. Somit liegt ihren Beschwerden kein klar fassbares
organisches Substrat zugrunde und es besteht keine Deckungsgleichheit von natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang, so dass die Adäquanz nach einem der von der Rechtsprechung entwickelten Schema zu prüfen ist. Auch kann auf weitere Beweisvorkehren verzichtet werden. Denn es erübrigen sich Weiterungen zu den die natürliche Kausalität und diesbezüglichen Beweisfragen betreffenden Vorbringen, wenn der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist (Urteil 8C 209/2007 vom 7. März 2008, E. 2 mit Hinweis).

4.
4.1 Dr. med. H._____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 27. April 2005 den Zustand nach depressiver Episode im Rahmen einer nach einem HWS-Distorsionstrauma entwickelten Schmerzproblematik und hielt fest, dass "zum heutigen Zeitpunkt" bei der Versicherten "aus psychiatrischer Sicht keine Symptomatik festgestellt werden (könne), die diagnostisch verwertbar" sei. Insbesondere finde sich "kein depressives Syndrom, auch keine Erkrankungen aus dem Formenkreis der ängstlich-affektiven Störungen oder eine andere psychiatrische Erkrankung". Die Versicherte sei "aus psychiatrischer Sicht gesehen gesund". Bei den gestellten Fragen führte er aus: "Aus psychiatrischer Sicht leidet die Explorandin an keiner relevanten Symptomatik mehr." Dr. med. H._____ verneint demnach im Zeitpunkt der Leistungseinstellung psychische Beschwerden. Damit ist aber noch nichts gesagt über die Zeit nach dem Unfall bis zur Leistungseinstellung. Dr. med. H._____ bestätigt mit seiner Diagnose vielmehr, dass die Versicherte zuvor unter psychischen Einschränkungen litt ("Status nach depressiver Episode"), diese in der Zwischenzeit jedoch überwunden hat ("Aus psychiatrischer Sicht leidet die Explorandin an keiner relevanten Symptomatik mehr."). Somit
vermag sein Gutachten die Schlussfolgerungen des Dr. phil. K._____, bei welchem die Versicherte in den Jahren 2002 und 2003 in Behandlung stand, nicht in Zweifel zu ziehen.

4.2 Weder die ausführliche Befragung der Versicherten noch die umfangreiche Untersuchung durch Dr. med. M._____ fast fünf Jahre nach dem Ereignis vermögen den Mangel an medizinischen Unterlagen in den ersten Tagen und Wochen nach dem Unfall wettzumachen. Die Vorinstanz hält auch zu Recht fest, dass Dr. med. M._____ sich in seinem Gutachten vom 12. Mai 2006 nicht mit den Schlussfolgerungen der übrigen Ärzte auseinandersetzt. Entgegen der Ansicht der Versicherten stellt die Erwähnung und Zusammenfassung eines Berichts noch keine Auseinandersetzung damit dar. Vielmehr ist verlangt, dass der Experte darlegt, weshalb er von der Einschätzung eines Kollegen abweicht. Dies kann dem Gutachten des Dr. med. M._____ jedoch nicht zu all seinen Aussagen entnommen werden. Dazu ist auch festzuhalten, dass seine Behauptung, die vorbehandelnden Ärzte hätten die Kopfbeweglichkeit nicht untersucht, nicht zutrifft. So halten etwa der Kreisarzt als auch Dr. med. C._____ dies im Rahmen der Befunde explizit fest. Ob mit Dr. med. M._____ bei der diagnostizierten Fibromyalgie von einer Fehleinschätzung auszugehen ist, kann ebenso offen gelassen werden wie die Frage, ob eine psychische Fehlentwicklung nach dem Unfall vorliegt und damit die
Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach BGE 115 V 133 vorzunehmen ist. Denn selbst wenn die Einschränkungen der Versicherten nicht auf eine Fibromyalgie resp. ein psychisches Leiden, sondern auf die typischen Beschwerden nach einem Schleuder- bzw. Schädel-Hirntrauma zurückzuführen sind und die Adäquanz nach dieser Rechtsprechung (BGE 134 V 109; BGE 117 V 359 und 369) geprüft wird, ist sie, wie nachfolgend dargelegt wird, zu verneinen.

5.
5.1 Im jüngst ergangenen BGE 134 V 109 hat das Bundesgericht die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (sog. Schleudertrauma-Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert. Gemäss diesem Urteil ist am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten (E. 7-9 des erwähnten Urteils). Auch besteht keine Veranlassung, die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung zu ändern (E. 10.1). Das Bundesgericht hat aber die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (E. 9) und die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert (E. 10).

5.2 Nach der Praxis ist für die Bejahung der Adäquanz im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche mit dem Unfall unmittelbar in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des
adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 mit Hinweisen).
Im Rahmen der Beurteilung der Adäquanz von Unfällen mit Schleudertraumen der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle oder ähnlichen Verletzungsmechanismen sowie bei Unfällen mit Schädel-Hirntraumen sind dies folgende Kriterien: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzte spezifische und belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz nachgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.2 und 10.3 S. 127).

5.3 Der Unfall ist mit der Vorinstanz dem mittleren Bereich zuzuordnen. Dies wird denn auch von der Versicherten nicht beanstandet. Damit müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mehrere der Kriterien oder eines in besonders schwerer oder auffälliger Weise gegeben sein.

5.4 Der Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Versicherte den Unfall als lebensbedrohlich erlebte, da ein objektiver Massstab gilt (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc). Die Versicherte zog sich beim Unfall vom 11. August 2001 auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu, da ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [= U 380/04]). Ebenfalls zu verneinen ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und belastenden ärztlichen Behandlung. Die Beschwerdeführerin befand sich zwar seit ihrem Rückfall im Jahr 2002 mehr oder weniger in konstanter ärztlicher Behandlung. Dabei ging es jedoch vornehmlich um manualtherapeutische und medikamentöse Behandlung sowie um Verlaufskontrollen. Diese stellen jedoch keine spezifische und die Versicherte speziell belastende ärztliche Behandlung im Sinne dieses Kriteriums dar (vgl. dazu auch RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.4 mit Hinweisen [= U 380/04]). Die psychotherapeutische Behandlung durch Dr. phil. K._____ dauerte 24 Sitzungen und
kann damit auch nicht als fortgesetzt im Sinne dieses Kriteriums gelten. Daran ändern auch die zahlreichen spezialärztlichen Untersuchungen und die versuchte osteopathische Behandlung nichts. Denn erstere dienten vornehmlich der Abklärung und letztere wurde wegen Erfolglosigkeit schon nach wenigen Sitzungen aufgege-

ben. Das Merkmal der erheblichen Beschwerden kann angesichts der praktisch permanent bestehenden Kopfschmerzen und des erheblich einschränkenden Schwindels bejaht werden. Allerdings liegt es nicht in besonders ausgeprägter Weise vor. Eine ärztliche Fehlbehandlung wie auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind nicht gegeben. Das Merkmal der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen liegt - wenn auch nicht in ausgeprägter Weise - vor. Denn die Versicherte war nach ihrem Rückfall im Juli 2002 durchwegs nicht in der Lage, ein Pensum wie vor dem Unfall (80 %) zu erbringen; sie setzte jedoch - abgesehen vom stationären Aufenthalt in der Rehaklinik - nie mit der Arbeit vollständig aus, sondern war bestrebt, ihre Arbeitsfähigkeit wieder zu steigern. Nach dem Gesagten liegen die massgebenden Kriterien weder gehäuft vor noch ist eines davon in ausgeprägter Weise gegeben.
Vorinstanz und Verwaltung haben damit den adäquaten Kausalzusammenhang im Ergebnis zu Recht verneint.

6.
Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Versicherte hat als unterliegende Partei die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.
Luzern, 16. Mai 2008

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Ursprung Riedi Hunold