Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 376/04

Urteil vom 28. Juni 2005
III. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Lustenberger und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiber Grunder

Parteien
H._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher Thomas Laube, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft, Steinengraben 41, 4051 Basel, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Aargau, Aarau

(Entscheid vom 8. September 2004)

Sachverhalt:
A.
A.a Die 1946 geborene H._____ war bei der Immobilien-Gesellschaft X._____ im Rahmen eines Arbeitszeitpensums von 70% angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 2. März 1995 stiess sie mit ihrem Automobil gegen einen vorausfahrenden Lastwagen. Sie zog sich ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) mit Nacken- und Schulterschmerzen sowie bewegungsabhängige Beschwerden im Bereich der thorakalen Wirbelsäule zu. Ab 24. April 1995 war sie wieder vollständig arbeitsfähig. Am 24. Oktober 1995 meldete die Arbeitgeberin der SUVA einen Rückfall. Dr. med. A._____, Spezialarzt FMH für Neurologie, stellte ein doppelseitiges und linksbetontes scapulo-costales Syndrom mit anschliessenden pseudoradikulären Kettentendomyosen links fest und schloss angesichts der Zusatzsymptome (Myalgie, Adynamie, allgemeine Müdigkeit, depressive Verstimmung) auf eine Entwicklung in Richtung eines Fibromyalgie-Syndroms (Bericht vom 7. November 1995). Wegen psychosomatischer Beschwerden erfolgte eine stationäre Behandlung in der Klinik S._____. Ab 4. Januar 1996 arbeitete H._____ wieder voll im Rahmen des bisherigen Pensums, worauf die SUVA den Fall abschloss.
A.b Am 6. Dezember 1996 stürzte H._____ rückwärts von einem Tisch und erlitt Kontusionen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sowie der linken Schulter. Sie war vorübergehend arbeitsunfähig. Die letzte ärztliche Konsultation fand am 13. August 1997 statt.
A.c Vom 1. November 1999 an war H._____ bei der Zweigniederlassung Z._____ der Bank L._____ tätig und bei der National-Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: National) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 2. Juli 2000 stürzte sie mit dem Fahrrad und zog sich dabei Knie- und Kopfverletzungen zu. Sie hielt sich bis am 4. Juli 2000 im Spital X._____ auf, wo eine Kniekontusion beidseits mit Zerrung des Ligamentum collaterale links und Verdacht auf eine laterale Meniskushinterhorn-Läsion

links sowie eine Schädelkontusion mit multiplen Schürfwunden an Kinn, Nase und Stirn festgestellt wurden (Bericht vom 15. August 2000). Nach zunächst vollständiger und anschliessend hälftiger Arbeitsunfähigkeit nahm sie die Arbeit am 26. Oktober 2000 wieder zu 100% auf. Wegen Schmerzen bei längerem Gehen und einer bisher nicht erkannten Tibiaplateau-Impressionsfraktur links unterzog sie sich am 19. Januar 2001 im Zentrum Y._____ einer Kniearthroskopie mit anterolateralem Débridement (Bericht vom 19. Januar 2001). Ab 5. Februar 2001 war sie wieder vollständig arbeitsfähig.

Mit Bericht vom 28. Januar 2002 meldete Frau Dr. med. M._____, Fachärztin für Innere Medizin, der National, H._____ leide seit Oktober 2001 an einem rezidivierenden Zervikal- und Lumbalsyndrom, welches mit physikalischen Therapien, Medikamenten und einer chiropraktischen Behandlung angegangen werde. Vom 19. Juni bis 17. Juli 2002 weilte die Versicherte zur stationären Abklärung und Behandlung in der Klinik R._____, wo eine Contusio capitis mit leichter traumatischer Hirnschädigung (Commotio cerebri), Verdacht auf eine HWS-Distorsion mit persistierendem zervikozephalem Schmerzsyndrom, leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen und Status nach Anpassungsstörung vom ängstlich-depressiven Typ diagnostiziert wurden (Bericht vom 3. Oktober 2002). Die National holte eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, vom 7. Oktober 2002 und ein Gutachten des Zentrums B._____ vom 8. Mai 2003 ein. Wegen Ëxazerbation des zervikozephalen Schmerzsyndroms bei psychosozialer Belastungssituation Ḧielt sich die Versicherte vom 26. März bis 5. Mai 2003 erneut in der Klinik R._____ auf (Bericht vom 8. Juli 2003). Die Experten des Zentrums B._____ gelangten zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht lediglich geringe, die geltend gemachten Beschwerden nicht erklärende Befunde sowie eine psychosomatische Entwicklung auf Grundlage einer deutlich histrionischen Persönlichkeitsstruktur vorlägen. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell um 50% eingeschränkt, wobei eine Steigerung auf 100% innerhalb eines Jahres möglich sei. Mit Verfügung vom 10. Oktober 2003 lehnte die National die Ausrichtung von Leistungen für den Rückfall vom Oktober 2001 ab und sprach der Versicherten für die Folgen der am 2. Juli 2000 erlittenen Knieverletzung eine Integritätsentschädigung von 5% zu. Gegen diese Verfügung erhoben H._____ und deren Krankenversicherer (CSS Versicherung) Einsprachen, welche die National abwies (Einspracheentscheid vom 21. Januar 2004).

B.

Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau ab (Entscheid vom 8. September 2004).

C.

H._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids und des Einspracheentscheids vom 21. Januar 2004 sei die National zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

Die National beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 und die zugehörige Verordnung (ATSV) vom 11. September 2002 in Kraft getreten. Weil der Einspracheentscheid zwar nach dem 31. Dezember 2002 erlassen worden ist, darin aber auch Sachverhalte beurteilt werden, die vor dem 1. Januar 2003 eingetreten sind, ist - entsprechend dem von der Praxis entwickelten intertemporalrechtlichen Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1 und 356 Erw. 1, je mit Hinweisen) - der Beurteilung der streitigen Verhältnisse bis zum 31. Dezember 2002 altes und ab 1. Januar 2003 neues Recht (ATSG) zugrunde zu legen (BGE 130 V 445 ff.). Bezüglich der hier streitigen Unfallkausalität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat das ATSG zu keinen Änderungen geführt (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, Rz. 36 f. der Vorbemerkungen).

1.2 Im kantonalen Entscheid werden die Bestimmung über den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) und die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall

und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 Erw. 3 mit Hinweisen), insbesondere bei Schleudertraumen und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 mit Hinweisen) sowie bei Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.), zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Ausführungen zur Beweiswürdigung und zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 125 V 352 Erw. 3, 122 V 160 Erw. 1c). Darauf wird verwiesen.

2.

Streitig ist zunächst der medizinische Sachverhalt, namentlich die Frage, ob die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 2. Juli 2000 ein Schleudertrauma und/oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat.

2.1 Die Beschwerdeführerin stürzte ihren Angaben zufolge wegen eines Steines am Strassenrand über den Lenker des Fahrrades zu Boden und verletzte sich an den Knien und am Kopf. Das Unfallgeschehen entspricht nicht demjenigen eines Schleudertraumas (Peitschenhieb-Verletzung, Whiplash-injury) der HWS. Fraglich ist, ob eine schleudertraumaähnliche Verletzung (Kopfanprall mit Abknickung der HWS) vorliegt, welche praxisgemäss einem Schleudertrauma gleichzustellen ist (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Voraussetzung hiefür ist, dass im Anschluss an den Unfall Beschwerden aufgetreten sind, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS gehören (Erw. 2a des in RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 teilweise publizierten Urteils C vom 1. Mai 1997, U 43/96). Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall wohl über Kopf-, nicht aber über Nackenschmerzen geklagt hat. Erstmals erwähnt wird ein Zervikalsyndrom in einem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. M._____ vom 28. Januar 2002, wonach es seit Oktober 2001 immer wieder zu zervikalen und lumbalen Beschwerden gekommen sei. Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie,
diagnostizierte gemäss Bericht vom 5. März 2002 ein möglicherweise unfallbedingtes zerviko-enzephales und zerviko-vertebrales Syndrom und hielt fest, die seit dem Unfall regredienten Kopfschmerzen hätten sich seit ca. Oktober 2001 verstärkt. Sie begännen im Nacken und strahlten bis in den Vertexbereich und die Schulterregion aus. Der Orthopäde Dr. med. O._____ übernahm die anamnestischen Angaben von Dr. med. D._____ praktisch wörtlich, stellte jedoch fest, die Patientin klage seit dem Unfall über typische Beschwerden nach HWS-Distorsionen mit von okzipital nach frontal ausstrahlenden Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern sowie neuropsychologischen Störungen (Berichte vom 19. April, 14. und 27. Mai 2002). Er nahm ein Distorsionstrauma der HWS an, zu welchem Schluss auch Dr. med. R._____, Facharzt für Neurologie (Bericht vom 21. Mai 2002), und Dr. med. P._____, Allgemeine Medizin FMH (Bericht vom 13. August 2003), gelangten. Es entspricht indessen einem allgemein anerkannten medizinischen Erfahrungsgrundsatz, dass Nackenbeschwerden innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten müssen, um diesem zugerechnet werden zu können (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Laut den ursprünglichen
Arztberichten waren Nackenschmerzen jedoch erst nach einer längeren Latenzzeit aufgetreten. Dies wird auch von der Beschwerdeführerin bestätigt, welche gegenüber der Klinik R._____ angab, nach dem Unfall zunächst nur einen diffusen Kopfschmerz verspürt zu haben; erst mehrere Wochen nach dem Unfall sei eine ñeue Art von Kopfschmerz, aufsteigend vom Nacken und Hinterkopf, aufgetreten (Bericht der Klinik R._____ vom 13. August 2002). Ein sofortiges Auftreten von Nackenschmerzen wäre im Übrigen umso eher zu erwarten gewesen, als die Beschwerdeführerin bereits bei den Unfällen vom 2. März 1995 und 6. Dezember 1996 Verletzungen im Bereich der HWS erlitten hatte und zudem degenerative Veränderungen vorlagen (vgl. RKUV 2000 Nr. U 359 S. 31). Eine schleudertraumaähnliche Verletzung kann daher nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit als ausgewiesen gelten. Sie ist, wie im Gutachten des Zentrums B._____ vom 8. Mai 2003 und im Bericht der Klinik R._____ vom 8. Juli 2003 festgehalten wird, höchstens als möglich zu erachten. Zu weiteren Abklärungen, einschliesslich der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragten Zeugeneinvernahmen, besteht kein Anlass. Dass die Vorinstanz von weiteren Beweisvorkehren
abgesehen hat, stellt unter den gegebenen Umständen keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar (vgl. BGE 124 V 94 Erw. 4b mit Hinweisen).

2.2 Laut Bericht des Spitals X._____ vom 15. August 2000 zog sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 2. Juli 2000 nebst einer Kniekontusion beidseits eine Schädelkontusion mit multiplen Schürfwunden an Kinn, Nase und Stirn zu. Eine Bewusstlosigkeit bestand nicht; nach den Angaben der Versicherten war es jedoch zu einer kurzen Amnesie gekommen. Während des Spitalaufenthaltes wurde eine Commotio-Überwachung durchgeführt, welche offenbar zu keinen besondern Massnahmen Anlass gab. Dr. med. M._____ diagnostizierte eine Commotio cerebri (Bericht vom 30. Oktober 2000), ebenso Dr. med. R._____, welcher normale neurologische Befunde feststellte (Bericht vom 21. Mai 2002). Dr. med. D._____ fand bei

einer konsiliarischen Untersuchung vom 1. März 2002 keine organisch-cerebrale Ursache für die bestehenden Beschwerden, insbesondere keine Hinweise für ein chronisches Subduralhämatom oder eine durchgemachte Contusio cerebri (Bericht vom 5. März 2002). Der behandelnde Arzt Dr. med. P._____ schloss auf eine Schädelkontusion mit Commotio cerebri (Bericht vom 13. August 2003), während die Diagnose der Klinik R._____ auf C̈ontusio capitis und leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri)L̈autete (Berichte vom 3. Oktober
2002 und 8. Juli 2003). Die Gutachter des Zentrums B._____ schliesslich sprechen von einer Gesichtsschädelprellung mit möglicher Commotio cerebri (Gutachten vom 8. Mai 2003). Aufgrund dieser ärztlichen Angaben ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 2. Juli 2000 zwar eine Schädel- (Contusio capitis), nicht aber eine Hirnkontusion (Contusio cerebri) erlitten hat. Wahrscheinlich hatte der Unfall eine Hirnerschütterung (Commotio cerebri) zur Folge, welche allerdings leichter Natur gewesen sein dürfte. Weder führte sie zu einem Bewusstseinsverlust, noch ergeben sich aus den Akten Hinweise auf Übelkeit, Brechreiz oder Erbrechen im Anschluss an den Unfall. Die Beschwerdeführerin klagte zunächst lediglich über diffuse Kopfschmerzen. Andere zum typischen Beschwerdebild nach Schädel-Hirntraumen gehörende Symptome, wie rasche Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, vorübergehende Sprech-, Seh- und Schreibstörungen, depressive Entwicklung (vgl. BGE 117 V 382 Erw. 4b), traten erst später auf, wobei es sich nach Meinung der Gutachter des Zentrums B._____ um eine psychosomatische Entwicklung handelte, was umso wahrscheinlicher erscheint, als es bereits im Anschluss an den Unfall vom 2. März 1995 zu einer solchen
Symptomatik gekommen war. Es ist daher fraglich, ob die Beschwerdeführerin beim versicherten Unfall effektiv ein Schädel-Hirntrauma erlitt. Weitere Abklärungen erübrigen sich indessen, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

3.

Streitig und zu prüfen ist weiter, ob die ab Oktober 2001 geltend gemachten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 2. Juli 2000 stehen.

3.1 Die Beschwerdeführerin klagt als Folge des Unfalls über Kopf- und Nackenschmerzen sowie belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des linken Knies; ferner macht sie Schwindelanfälle, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie rasche Ermüdbarkeit und Schlafstörungen geltend. Bezüglich der Unfallfolgen am linken Knie konnte bei der Untersuchung im Zentrum B._____ lediglich eine leicht vermehrte laterale Aufklappbarkeit festgestellt werden. Eindeutige Hinweise auf eine posttraumatische Gonarthrose wurden nicht gefunden. Unbestritten ist, dass die Restbeschwerden am linken Knie keine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zur Folge haben. Was die weiteren Symptome anbelangt, liegen nur geringe organische Befunde vor. Eine in der Klinik Y._____ durchgeführte MRI-Untersuchung ergab keine Hinweise auf eine posttraumatische Läsion oder Veränderung; dagegen zeigte sich eine leichte Bandscheibendegeneration C4/5 und C5/6 (Bericht vom 11. Januar 2002). Laut Gutachten des Zentrums B._____ können neurologisch keine Unfallfolgen objektiviert werden. In somatischer Hinsicht sind lediglich ein leichter Hartspann der Muskulatur und eine Druckdolenz im Bereich des Nackens und der Schultern festzustellen,
welche die vielfältigen und starken Beschwerden nicht zu erklären vermögen. Nach Meinung der Gutachter besteht eine psychosomatische Entwicklung mit den für eine solche Krankheit charakteristischen multiplen Symptomen, auf Grundlage einer deutlich histrionisch akzentuierten Persönlichkeitsstruktur. Als unfallfremde Befunde erwähnen die Experten leichte degenerative Veränderungen der HWS in den Segmenten C4/5 und C5/6 sowie eine Diskusprotrusion mit möglicher Irritation der Wurzel C6. Den natürlichen Kausalzusammenhang der Diskusprotrusion mit dem Unfall beurteilen sie als höchstens möglich und damit als nicht überwiegend wahrscheinlich, was allgemeiner medizinischer Erfahrung entspricht (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 Erw. 2a) und wovon abzugehen kein Anlass besteht. Sie bejahen die Unfallkausalität für das psychosomatische Beschwerdebild, welches sie als somatoforme Störung (ICD-10 F45.0) und dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) umschreiben. Anamnestisch nehmen sie des Weiteren eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) an. Ihrer Auffassung nach wurde die psychosomatische Entwicklung durch den Unfall vom 2. Juli 2000 induziert. Der Unfall bildet demnach zumindest eine Teilursache für die
gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b).

3.2

3.2.1 Der Adäquanzprüfung hat die Vorinstanz die für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen massgebenden Kriterien (BGE 115 V 133 ff.) zugrunde gelegt. Sie ist davon ausgegangen, dass kein für ein Schleuder-

trauma oder Schädel-Hirntrauma typisches Beschwerdebild vorliegt oder die für ein solches Trauma typischen Symptome zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten sind, weshalb die Adäquanzbeurteilung praxisgemäss nach den für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätzen zu erfolgen hat (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a).

Die Beschwerdeführerin bestreitet die gutachterliche Auffassung, wonach keine wesentlichen somatischen Befunde vorliegen, und macht geltend, psychosomatische Leiden seien sowohl organischer als auch psychischer Natur, weshalb es nicht angehe, die körperlichen Symptome ausser Acht zu lassen. Gemäss Rechtsprechung sei nicht entscheidend, ob die im Anschluss an Schädel-Hirntraumen und HWS-Verletzungen auftretenden Beschwerden eher organischer oder psychischer Natur seien. Dieser Standpunkt trifft an sich zu, ändert jedoch nichts daran, dass im Hinblick auf die Adäquanzprüfung eine Gewichtung der organischen und psychischen Ursachen und bei eindeutiger psychischer Dominanz der Beschwerden die Beurteilung nach den für psychische Unfallfolgen massgebenden Kriterien zu erfolgen hat. Dies hat auch für psychosomatische Beschwerdebilder zu gelten. Der Begriff ‚psychosomatisch' bedeutet zudem nicht, dass das Beschwerdebild notwendigerweise auch organische Ursachen hat; es können auch körperliche Symptome vorliegen, die ausschliesslich psychisch bedingt sind (vgl. etwa MSD-Manual der Diagnostik und Therapie, 5. Aufl. 1993, S. 2970). Im vorliegenden Fall wurden eindeutige psychiatrische Befunde erhoben sowie entsprechende Diagnosen gestellt
und es ist aufgrund der medizinischen Akten jedenfalls für die Zeit ab Oktober 2001 auf eine klare Dominanz der psychischen Beschwerden zu schliessen. Ob die Symptomatik bereits kurze Zeit nach dem Unfall psychisch überlagert war und die physischen Beschwerden bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437), erscheint hingegen als fraglich. Von weiteren Abklärungen kann indessen abgesehen werden, weil die Adäquanz des Kausalzusammenhangs selbst dann zu verneinen ist, wenn die Beurteilung nach den für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen massgebenden Regeln erfolgt, wie sich aus dem Folgenden ergibt.
3.2.2 Die Vorinstanz hat den Unfall vom 2. Juli 2000 als mittelschwer qualifiziert, was sich im Rahmen der Rechtsprechung zu Sturzunfällen hält (vgl. BGE 117 V 369 ff. sowie die Übersicht über die Rechtsprechung in RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 Erw. 3a; ferner RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist praxisgemäss daher nur zu bejahen, wenn mehrere der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien erfüllt sind oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist (BGE 117 V 367 Erw. 6b und 384 Erw. 4c). Dabei ist allein das Unfallereignis vom 2. Juli 2000 in die Beurteilung einzubeziehen (Erw. 4.1 des in RKUV 2005 Nr. U 536 S. 57 f. teilweise publizierten Urteils P. vom 30. September 2004, U 126/04), zumal die heutigen Beschwerden laut Gutachten des Zentrums B._____ allein auf dieses Ereignis zurückzuführen sind. Der Unfall vom 2. Juli 2000 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 314 Erw. 5) - von besonderer Eindrücklichkeit. Ein Sturz vom Fahrrad mit Aufprall des Kopfes kann zwar schwere Verletzungen oder gar den Tod zur Folge haben. Die
Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall erhebliche Verletzungen. Sie waren jedoch weder von besonderer Schwere, noch waren sie geeignet, eine psychische Fehlentwicklung herbeizuführen. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Nach dem Spitalaufenthalt vom 2. bis 4. Juli 2000 wurde zweimal in der Woche Physiotherapie durchgeführt. Die Operation vom 19. Januar 2001 verlief komplikationslos und bereits Ende Januar 2001 war keine ärztliche Betreuung mehr notwendig. Zu einer erneuten Behandlung kam es nach dem im Oktober 2001 aufgetretenen Beschwerdeschub, wobei physikalische, medikamentöse und chiropraktische Massnahmen zur Durchführung gelangten. Anfangs 2002 erfolgten Akupunktur sowie eine osteopathische Therapie. Vom 19. Juni bis 17. Juli 2002 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik R._____ auf, wo Physiotherapie und Ergotherapie sowie eine psychologische Betreuung stattfanden. Im Abschlussbericht vom 3. Oktober 2002 wurden die ambulante Weiterführung der Physiotherapie, je nach Verlauf allenfalls auch der Osteopathie, sowie eine psychotherapeutische Weiterbetreuung empfohlen. Vom 26. März bis 5. Mai 2003 weilte die Beschwerdeführerin wegen akuter Schmerzexazerbation
wiederum in der Klinik R._____, wo sie an einem interdisziplinären Therapieprogramm teilnahm und von wo aus sie zur stationären Begutachtung vom 7. bis 11. Mai 2003 ins Zentrum B._____ übertrat. Im Gutachten vom 8. Mai 2003 stellten die Ärzte fest, aus somatischer Hinsicht könnten keine Behandlungsvorschläge gemacht werden; wünschenswert wäre die Aufnahme einer adäquaten Psychotherapie. Ob eine solche in der Folge durchgeführt wurde, lässt sich den Akten nicht entnehmen, kann indessen dahingestellt bleiben. Zwar

sind während längerer Zeit immer wieder ambulante und stationäre Massnahmen vorgenommen wurden. Insgesamt handelte es sich jedoch nicht um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Nebst komplementärmedizinischen (Akupunktur) umfasste die Behandlung auch alternativmedizinische Massnahmen (Osteopathie, Alexandertechnik), deren Wirksamkeit umstritten ist. Soweit sie eine medikamentöse Schmerzbehandlung und Physiotherapie zum Gegenstand hatte, überstieg sie nicht das, was bei Schleudertraumen und Schädel-Hirntraumen bei vergleichbarem Beschwerdebild üblich ist (Urteile M. vom 21. Oktober 2003, U 282/00, und H. vom 30. Mai 2003, U 353/02). Für die Annahme einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, genügt der Umstand, dass die Tibiakopffraktur erst nachträglich festgestellt und behandelt wurde, nicht, selbst wenn sich der Heilungsprozess dadurch verzögert haben sollte. Nach dem chirurgischen Eingriff war die Versicherte weitgehend beschwerdefrei und vollständig arbeitsfähig. Es spricht nichts dafür, dass sich die Unfallfolgen erheblich verschlimmert haben, weil die Operation nicht unmittelbar nach dem Unfall durchgeführt worden ist. Sodann ist aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geltend gemachten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen zu schliessen. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (Urteile P. vom 15 November 2004, U 173/03, Z. vom 4. Mai 2004, U 89/03, F. vom 10. September 2003, U 343/02, und B. vom 7. August 2002, U 313/01). Solche Gründe liegen nicht vor. Der Umstand allein, dass nach dem Unfall psychische Beeinträchtigungen in Form von Depressivität, erhöhter Ermüdbarkeit und Reizbarkeit aufgetreten sind, lässt nicht schon auf einen schwierigen
Heilungsverlauf schliessen, weil solche Symptome zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumen und Schädel-Hirntraumen gehören und sie ihre Grundlage zum Teil in unfallfremden Faktoren (histrionische Persönlichkeit, psychosoziale Belastungen) haben (vgl. Urteil M. vom 21. Oktober 2003, U 282/00). Bezüglich des Kriteriums von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab 26. Oktober 2000 und - nach der am 19. Januar 2001 erfolgten Operation - erneut ab 5. Februar 2001 wieder vollständig arbeitsfähig war. Vom 8. bis 23. August 2001 war sie aus nicht näher bekannten psychischen Gründen hospitalisiert. Auch nach dem im Oktober 2001 aufgetretenen Beschwerdeschub war sie zunächst weiterhin arbeitsfähig. In der Folge bestätigte Dr. med. P._____ eine Arbeitsunfähigkeit von 30% vom 25. Februar bis 15. März 2002 und von 50% ab 16. März bis voraussichtlich 30. Juni 2002 (Zeugnis vom 18. März 2002 und Bericht vom 8. April 2002; vgl. auch Bericht des Dr. med. O._____ vom 29. Juli 2002). Nach der stationären Rehabilitation in R._____ vom 19. Juni bis 17. Juli 2002 schätzten die Ärzte die Arbeitsfähigkeit auf 50% ein. Ein entsprechender Arbeitsversuch im Oktober 2002 scheiterte wegen
Kopfschmerzen. Im Anschluss an die wegen eines erneuten Beschwerdeschubes erfolgte stationäre Behandlung vom 26. März bis 5. Mai 2003 gab die Klinik R._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zur Stabilisierung der Gesamtsituation nach Beginn mit ambulanten Therapienän, wobei eine Neubeurteilung durch den Hausarzt ca. vier Wochen nach dem Klinikaustritt erfolgen sollte. Gemäss Gutachten des Zentrum B._____ schliesslich ist die Arbeitsfähigkeit zufolge der psychosomatischen Entwicklung im Umfang von zur Zeit 50% herabgesetzt, wobei eine Steigerung innerhalb eines Jahres auf 100% möglich sein sollte. Im somatischen Bereich besteht keine wesentliche Behinderung im angestammten Beruf als Telefonistin und Receptionistin. Im Hinblick darauf, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall während längerer Zeit wiederholt vollständig arbeitsfähig und die Arbeitsunfähigkeit, abgesehen von kurzen Perioden während den stationären Behandlungen, mehr als zwei Jahre lang nie über 50% betragen hat, kann das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt gelten (vgl. Kasuistik in RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.). Was schliesslich die geltend gemachten Dauerschmerzen betrifft, ist in Anbetracht des Umstandes, dass die
Beschwerden rezidivierend und mit unterschiedlicher Intensität aufgetreten sind, das Kriterium der Dauerschmerzen jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben. Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der bestehenden Beeinträchtigungen zu verneinen.
4.
4.1 Zu bestätigen ist schliesslich die für die Knieverletzung zugesprochene Integritätsentschädigung von 5%. Abgegolten wird damit das nach der Tibiaplateaufraktur des linken Knies erhöhte Arthroserisiko. Gemäss Tabelle 5 (Integritätsentschädigung bei Arthrosen) der von der SUVA in Ergänzung zur bundesrätlichen Skala von Anhang 3 zur UVV aufgestellten Richtwerte, auf welche praxisgemäss abgestellt werden kann (BGE 116 V 157 Erw. 3a mit Hinweisen), ist der Integritätsschaden bei einer mässigen Femorotibial-Arthrose mit 5 bis 10%

und bei einer schweren Arthrose mit 15 bis 30% zu bemessen. Besteht neben der Arthrose eine Instabilität des Gelenks, ist in der Regel der höhere Wert massgebend. Wenn SUVA und Vorinstanz den Integritätsschaden im vorliegenden Fall mit 5% und damit im unteren Bereich einer als mässig zu qualifizierenden Arthrose bemessen haben, so lässt sich dies nicht beanstanden. Aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine erhebliche Funktionsstörung der linken unteren Extremität, welche nach Tabelle 2 der SUVA-Richtlinien zusätzlich zu berücksichtigen wäre. Im Weiteren ist zu beachten, dass mit der zugesprochenen Entschädigung nicht eine bestehende, sondern eine voraussehbare Arthrose abgegolten
wird. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass der Integritätsschaden von erheblich grösserer Tragweite ist, kann eine revisionsweise Neufestsetzung des Anspruchs erfolgen (Art. 36 Abs. 4 UVV).
4.2 Nicht beigepflichtet werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie geltend macht, bei der Bemessung des Integritätsschadens seien auch die Folgen der traumatischen Hirnschädigung und der HWS-Verletzung, einschliesslich der zervikozephalen Beschwerden und der neuropsychologischen Funktionsstörungen, sowie der im Gutachten des Zentrum B._____ unabgeklärt gebliebenen Schwindel, Ohrengeräusche und Sehstörungen zu berücksichtigen. Nach dem Gesagten stehen die als Folge eines erlittenen HWS- oder Schädel-Hirntraumas geltend gemachten Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfall, weshalb daraus kein Anspruch auf Integritätsentschädigung abgeleitet werden kann.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zugestellt.
Luzern, 28. Juni 2005
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Die Präsidentin der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: