

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/119 vom 18. Februar 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_119

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/119 du 18 février 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/119 del 18 febbraio 2009

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion. Überprüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Februar 2009, UV 2007/119).

Erwägungen

E. 1

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme für die Zeit nach dem 23. August 2007 (Datum der dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegenden Verfügung; UV-act. 1/K140 S. 8) weiterhin auf den Unfall vom 12. Februar 2003 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin legte in den Erwägungen des angefochtenen Entscheids die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall dar. Zwischenzeitlich ergab sich nun allerdings eine Rechtsprechungsanpassung insofern, als das Bundesgericht unter anderem den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien bei Schleudertrauma-Verletzungen (BGE 117 V 359 Erw. 6a, 369 Erw. 4b) wie folgt neu umschrieb: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, 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 sowie erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 i/S M. [U 394/06 = BGE 134 V 109], Erwägung 10.3). Inwiefern diese Rechtsprechung auf die hier streitige Angelegenheit anwendbar ist, bildet Gegenstand der nachfolgenden Prüfung.

E. 2

2.1 Während der erstbehandelte Arzt Dr. C.____ im Bericht vom 25. August 2003 die Diagnose eines Beschleunigungstraumas der HWS, einen protrahierten Verlauf und eine volle Arbeitsfähigkeit ab 9. Juli 2003 bestätigte (mit "provisorischem Abschluss" auf den 25. August 2003; UV-act. 3/M15), hatte Dr. med. P.____, Allgemeine Medizin FMH, am 12. August 2003 die Diagnose eines chronischen Cervikalsyndroms nach Schleudertrauma mit Erschöpfungszustand und Wesensveränderungen (UV-act. 3/M12, M16) und in der Folge eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 11. August 2003 bis auf weiteres bescheinigt (UV-act. 3/M14, M18, M21, M23). Eine neuropsychologische Untersuchung im Kantonsspital St.

Gallen ergab gemäss Bericht vom 13. Oktober 2003, dass sich bei der Beschwerdeführerin in praktisch allen untersuchten Leistungsbereichen leichte bis mittelschwere kognitive Defizite objektivieren lassen würden. Die vermutete psychische Problematik sei abzuklären und zu behandeln (UV-act. 3/M24). Eine neurologische Untersuchung zeigte gemäss Bericht vom 27. Oktober 2003 unauffällige Befunde ohne fokal-neurologische Ausfälle. Insgesamt habe sich ein sogenannt typisches Beschwerdebild nach HWS-Schleudertrauma mit im Vordergrund stehenden Cervikalgien, rascher Erschöpf- und Reizbarkeit und unspezifischen neuropsychologischen Funktionsstörungen gezeigt. Es bestehe eine Chronifizierungstendenz mit zunehmend in den Vordergrund tretenden depressiven Symptomen mit sozialem Rückzug und anhaltender Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 3/M26). Im Austrittsbericht vom 25. Mai 2004 hielten die Ärzte der RehaClinic Zurzach als Diagnose einen Status nach HWS-Schleudertrauma mit chronischem Zervikalsyndrom, leicht- bis mittelschweren neuropsychologischen Defiziten und depressiver Symptomatik fest. Mit der aktuellen Situation (Stellenverlust, mangelnde Perspektiven und im Verlauf abnehmende psychophysische Belastbarkeit) sei die Beschwerdeführerin in hohem Mass überfordert, was zur weiteren Chronifizierung und zur Aufrechterhaltung der Beschwerden beitrage. Es sei einerseits eine psychotherapeutische Unterstützung dringend indiziert. Gleichzeitig sei eine Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung unabdingbar (UV-act. 3/M32). Der Psychotherapeut und klinische Psychologe lic. phil. J. ___ bestätigte im Bericht vom 27. Dezember 2004 neben den erwähnten somatischen Diagnosen eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt und eine multiple psychosoziale Belastungssituation vor dem Hintergrund des somatisch und psychisch traumatisierenden Autounfalls vom 12. Februar 2003 (UV-act. 3/M35).

2.2 Eine Begutachtung in der Klinik Valens führte im Bericht vom 16. Februar 2005 unter anderem zur Feststellung von Prof. D. ___, es sei fragwürdig, ob die von der Patientin genannten Beschwerden als typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma zu bezeichnen seien, denn viel typischer (wenn von statistischen Angaben ausgegangen werde) sei, dass Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma innert Wochen bis wenigen Monaten vollständig ausheilen würden. Solche chronifizierten Beschwerden würden auch von Patienten angeführt, die sich vom Unfallverursacher an der Unfallstelle schlecht behandelt gefühlt und darum Mühe mit der Unfallverarbeitung hätten. Die von der Patientin angeführten Beschwerden seien nicht wirklich erklärbar, da sich keine eindeutig pathologischen Befunde objektiv erheben lassen würden. Dennoch sei nicht von einer "psychischen Fehlentwicklung" zu sprechen. Wohl aber seien Anteile der posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu übersehen. Es bestehe sicher ein Zusammenhang der jetzt geklagten Beschwerden mit dem Unfall vom 12. Februar 2003. Aus rein neurologischer Sicht sollte eine Arbeitstätigkeit (von 100%) möglich sein, praktischerweise wohl am ehesten durch Steigerung ab ca. 50%. Nach der bisherigen zweijährigen Entwicklung und den Erfahrungen in der Rehabilitation sei allerdings zu befürchten, dass die Beschwerdeführerin diese Empfehlung nicht umsetzen könne, besonders auch deshalb, weil sie sich durch die Versicherungen ungerecht behandelt fühle. Eine psychotherapeutische Behandlung könne vielleicht weiterhelfen, wenn sie im Stande sei, die Patientin von der Notwendigkeit einer Arbeitswiederaufnahme zu überzeugen; eine solche Behandlung sei bereits eingeleitet. Eine Arbeitsfähigkeit sollte dringend realisiert werden. Eine Berentung sei medizinisch nicht zu rechtfertigen. Als Folge des Unfalls resultiere keine bleibende Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten oder in der davor ausgeübten bzw. erlernten Tätigkeit (UV-act. 3/M38 S. 7-13). Aufgrund

der neuropsychologischen Untersuchung werde es als wahrscheinlich erachtet, dass sich das emotionale Befinden negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit ausgewirkt habe, so dass von einem maximal leicht beeinträchtigten Leistungsprofil auszugehen sei. Es werde daher eine regelmässige psychotherapeutische Betreuung empfohlen (Neuropsychologischer Untersuchungsbericht in UV-act. 3/M38). Dr. P.____ bescheinigte am 4. Juni und 31. Oktober 2005 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bei unveränderten Befunden (UV-act. 3/M39, M42). Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 29. Juli 2005 unter anderem, es bestehe derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Patientin weise das typische Beschwerdebild bei Status nach Distorsionstrauma der HWS auf. Bei den protrahierten Verläufen, die immerhin eine namhafte Minderheit darstellen würden, fänden sich die bekannte, und auch bei der Patientin beobachtete Kombination von chronischem Schmerzsyndrom, neuropsychologischer Funktionsstörung und psychoreaktiven Beschwerden (UV-act. 3/M40). In der Folge unterzog sich die Beschwerdeführerin unter anderem einer physikalischen Therapie bei N.____, Zürich, sowie einem Arbeitstraining (UV-act. 3/M41-46). Dr. med. L.____, legte im Bericht vom 3. Juni 2006 dar, traumatisch bedingte Schäden würden im Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 30. Mai 2006 (UV-act. 3/M47a) weder im Bereich der HWS noch der LWS beschrieben (UV-act. 3/M47b). N.____ berichtete am 3. Juni 2006 über eine zu geringe Compliance der Beschwerdeführerin und über den Therapieabschluss (UV-act. 3/M48). Dr. K.____ bestätigte am 13. Juli 2006 die Notwendigkeit der Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung (UV-act. 3/M49). In der Folge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 4. bis 30. Dezember 2006 in der Rehaklinik Rheinfelden auf. Im Bericht vom 1. März 2007 wurden die Diagnosen eines persistierenden zervikozephalen Syndroms, einer ausgeprägten vegetativen Dysregulation, von leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie von Angst und Depression gemischt bestätigt (UV-act. 3/M53). Dr. K.____ berichtete am 20. März 2007, aufgrund des bisherigen Verlaufs schätze er die Chance, mit Hilfe von psychotherapeutischen Massnahmen den Gesundheitszustand der Patientin namhaft zu verbessern, als gering ein (UV-act. 3/M58).

2.3 Im interdisziplinären Gutachten vom 4. Juni 2007 kamen die Gutachter der Rehaklinik Bellikon unter anderem zum Schluss, aus neurologischer Sicht sei das Unfallereignis vom 12. Februar 2003 nicht geeignet gewesen, eine Verletzung des Nervensystems herbeizuführen. Neuropsychologischerseits imponiere eine herabgesetzte psychomentele Belastbarkeit. Eine spezifische Störung, die auf eine strukturelle Hirnverletzung hinweise, finde sich nicht. Physikalisch-medizinisch lasse sich klinisch beschreibend ein cervicozephalales Schmerzsyndrom diagnostizieren. Die natürliche Unfallkausalität sei gegeben. Allerdings fänden sich somatisch-organisch keine strukturellen Schäden, welche das Beschwerdeausmass und die funktionellen Einschränkungen erklären könnten. Auch die angegebene stetige Schmerzintensität korreliere nicht mit dem Verhalten und dem klinischen Bild der Beschwerdeführerin. Die Schmerzmedikamente seien zur Behandlung der chronifizierten Schmerzproblematik nicht indiziert. Die Beschwerdeführerin zeige sich allerdings fixiert auf die Analgetika und nicht offen für eine Veränderung. Psychiatrischerseits sei der Befund typisch für eine sogenannte Konversionsstörung, eine Störung, die meistens vor allem auch ausserhalb eines Unfallkontextes gesehen werde. Aus den Akten scheine hervorzugehen, dass die Konversionsproblematik erst im zweiten Halbjahr 2006 in den Vordergrund getreten sei; vorher (Herbst 2003 und später) sei eine depressive Symptomatik bestimmend gewesen. Dass das neuerliche Auftreten der

Konversionsproblematik mit dem anstehenden versicherungsmedizinischen Abschluss in einem inneren Zusammenhang stehe, müsse als gut möglich erwogen werden. Somatisch-organisch finde sich kein Beschwerdebild, welches natürlich kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen wäre. Psychiatrischerseits sei festzustellen, dass der Unfall und seine sozialen Folgen wahrscheinlich eine kleinere, aber doch nötige Rolle eines Teilfaktors für die Entwicklung der Konversionsstörung bilden würden. Der Status quo sine/ante sei nicht erreicht. Die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die rasche Ermüdbarkeit und die Nackenschmerzen seien auf dem Boden der psychiatrischen Konversionsstörung erklärbar. Es sei davon auszugehen, dass das psychiatrische Beschwerdebild zeitnah nach dem Unfallereignis aufgetreten sei und den Verlauf des Störungsbildes von Beginn an mitbeeinflusst habe. Es sei davon auszugehen, dass die somatisch-organischen Unfallfolgen wenige Monate nach dem Unfallereignis ausgeheilt seien, so dass spätestens 6 Monate nach dem Unfallereignis die psychiatrische Störung ganz im Vordergrund der Symptompräsentation gestanden habe. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und Tätigkeiten im Sitzen seien ohne Einschränkungen (ganzschichtig) zumutbar (UV-act. 3/M59a S. 15-23). Ein funktionelles MRI ergab gemäss Bericht von Dr. med. J. H.____, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, FMRI-Zentrum, Zürich, vom 16. Oktober 2007 unter anderem Befunde im cranio-cervikalen Übergang und einen Anulusriss in Höhe C5/6 und "wohl auch" in Höhe C3/4 mit jeweils nur angedeuteter Vorwölbung im Sinn einer diskreten Hernierung ohne Bedrängung neuraler Strukturen (UV-act. 3/M60). Dr. L.____ kam diesbezüglich am 3. Dezember 2007 zum Schluss, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. Februar 2003 und den im funktionalen MRI vom 15. Oktober 2007 festgestellten Befunden sei überwiegend unwahrscheinlich (Befund am cranio-cervikalen Übergang) bzw. ausgeschlossen (HWS-Befund). Die Beschwerden seien in den ersten Monaten nach dem Unfall durch die unfallkausale Funktionsstörung der Halsmuskulatur bedingt gewesen. Die jetzt noch bestehenden Beschwerden würden auf eine Konversionsstörung hinweisen (UV-act. 3/M62). Dr. I.____ kam in seinem Bericht vom 26. Mai 2008 zum Schluss, durch den lauten Crash und vor allem durch die Explosion des Airbags sei es zur Auslösung eines Tinnitus gekommen, welchen die Patientin bis heute noch wahrnehme. Von den Gutachtern der Rehaklinik Bellikon sei nicht erkannt worden, dass die sekundäre psycho-emotive Symptomatik der Patientin, welche das Gutachterteam in Bellikon als Konversionsstörung und Fehlentwicklung nach dem Unfall bezeichne, teilweise iatrogen verursacht worden sei. Die Untersuchungen, welche die posttraumatischen Beschwerden hätten objektivieren können, seien der Beschwerdeführerin vorenthalten worden; gezielte therapeutische Massnahmen seien nicht eingesetzt worden. Man habe eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung cervicogenen Ursprungs, einen visuo-vestibulären und cervico-visuellen "mismatch" sowie eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung, welche auf multisegmentale Mikroläsionen der cervicalen Bewegungselemente zurückzuführen sei, gefunden. Falsch an der Beurteilung von Seiten der Bellikon-Gutachter sei erstens, dass es keine therapeutische Zugänglichkeit bezüglich somatisch-organischer Testverfahren gebe; zweitens seien bis jetzt keine gezielten therapeutischen Massnahmen durchgeführt worden. Es sei bei der Beschwerdeführerin das Heilverfahren nach N. Bogduk durchzuführen (act. G 19.1).

E. 3

3.1 Nach Lage der medizinischen Akten können - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die von der Beschwerdeführerin aktuell angegebenen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw.

strukturelle Veränderung an der Halswirbelsäule zurückgeführt werden, die mit dem Unfall vom 12. Februar 2003 in Zusammenhang zu bringen wäre. Zum Einwand der Beschwerdeführerin, die Gutachter der Rehaklinik Bellikon würden mehrere Diagnosen ausgewiesener Fachärzte übergehen (act. G 1 S: 9), ist festzuhalten, dass aufgrund des von Dr. M.____ durchgeführten funktionellen CT's vom 26. Mai 2006 (UV-act. 3/M47a) keine organischen Läsionen als nachgewiesen gelten können (vgl. UV-act. 3/M47b). Zur Feststellung von Dr. M.____, die aus der Funktions-CT-Abklärung resultierende Fehlstellungen der Kopfgelenke seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit myofascial posttraumatisch bedingt (UV-act. 3/M47a S. 3), nahm Dr. med. O.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rehaklinik Bellikon, dahingehend Stellung, dass hinsichtlich des klinisch diagnostizierten cervicocephalen Schmerzsyndroms die natürliche Unfallkausalität zu bejahen sei. Allerdings fänden sich somatisch-organisch keine strukturellen Schäden, die das Beschwerdeausmass und die funktionellen Einschränkungen erklären könnten. Auch die angegebene stetige Schmerzintensität von 8-10 (auf einer 10-Skala) korreliere nicht mit dem Verhalten und dem klinischen Bild der Beschwerdeführerin (UV-act. 3/M59b S. 7). Was den erwähnten, im Nachgang zum Gutachten der Rehaklinik Bellikon bestätigten Befund des FMRI-Zentrums (UV-act. 3/M60) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beweiswert des mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT; fmri) erhobenen Befundes für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS) und äquivalenten Unfallmechanismen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu verneinen ist (BGE 134 V 231 Erw. 5.2-5.5; vgl. auch Beilagen 1 und 2 zu act. G 5). Dr. L.____ hielt sodann fest, der Verlauf mit der aktenkundigen Fähigkeit der Beschwerdeführerin, einen Personenwagen über längere Distanzen zu lenken, schliesse eine schwere, schmerzhafte Verletzung im Bereich der Kopfgelenke weitgehend aus (UV-act. 3/M62 S. 5; vgl. dazu auch UV-act. 2/CM1 S. 36). Vorliegend kommt hinzu, dass der erwähnte FMRI-Befund rund viereinhalb Jahre nach dem Unfall erhoben wurde. Auch aus diesen Grund ist ein Aussagewert des Befunds für die Kausalitätsbeurteilung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Februar 2003 zu verneinen. Die Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Replik und die darin integrierten - an sich sehr aufschlussreichen - Darlegungen von Dr. med. H.____ (act. G 17 S. 8-23) vermögen nicht zu einem anderen Schluss zu führen, denn konkret ist in erster Linie die Kausalität der festgestellten Befunde mit Bezug auf den Unfall vom 12. Februar 2003 zu prüfen und nicht die - vielerorts medizinisch bejahte - Frage, ob ein FMRI-Befund einen Gesundheitsschaden bzw. eine Verletzung an der HWS zu belegen vermag. Auch wenn somit vorliegend eine HWS-Verletzung anhand des von Dr. H.____ erhobenen FMRI-Befunds als ausgewiesen zu gelten hat, ist damit die konkrete Kausalitätsfrage noch nicht beantwortet. Auch anhand von weiteren Abklärungen liesse sich nicht eruieren, ob der mehrere Jahre nach dem Unfall vom 12. Februar 2003 erhobene FMRI-Befund überwiegend wahrscheinlich adäquat kausal gerade auf dieses Ereignis - und keine andere unfall- oder z.B. sportbedingte (vgl. dazu UV-act. 3/M59b S. 5) Einwirkung vor oder nach dem streitigen Unfall - zurückzuführen ist. Zu den von Dr. I.____ festgestellten Befunden ist festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei der Posturographie um eine in Fachkreisen zwar nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse für die Frage der Unfallkausalität sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche

Informationen, und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen. Daraus folgt, dass sich aus der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. I.____ direkt verwertbare Aussagen zur Unfallkausalität nicht ableiten lassen (vgl. Urteil des EVG vom 29. März 2006 i/S J. [U 254/04] Erw. 2.3.2), zumal auch diese erst über fünf Jahre nach dem Unfall erfolgte. Was die von der Beschwerdeführerin erstmals am 5. August 2005 (UV-act. M43) - über zweieinhalb Jahre nach dem Unfall - bzw. anlässlich der Begutachtung in Bellikon vorgebrachten Beschwerden (Tinnitus, Schwindel, Taubheitsgefühl; UV-act. 3/M59a S. 8) betrifft, so ist festzuhalten, dass diese sich angesichts des um mehrere Jahre verzögerten Auftretens der Symptomatik nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2003 zurückführen lassen; ebenso wahrscheinlich ist eine vollständig unfallfremde Ursache. Der Beschwerdegegnerin kann daher auch nicht vorgeworfen werden, sie habe nach dem Unfall keine entsprechenden Behandlungsmassnahmen (vgl. Bericht Dr. I.____) in die Wege geleitet. Im weiteren erscheint die Einwendung der Beschwerdeführerin, dem Gutachter Prof. D.____ gehe die Objektivität ab (act. G 17 S. 5), nicht begründet, zumal der Arzt am 11. Juli 2005 seine Ausführungen unter anderem dahingehend ergänzt hatte, dass "typisch" der statistisch wahrscheinlichere Fall und beim Schleudertrauma eben der günstigere Verlauf (mit Ausheilung der Beschwerden innert Wochen bis Monaten) sei. Wenn die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beklage, dass aus seiner (Dr. D.____s) Antwort nicht nachvollzogen werden könne, welche Einschränkungen aus neurologischer Sicht bestünden, so könne das auch so interpretiert werden, dass aus neurologischer Sicht eben keine Einschränkungen vorlägen, wie das auch gemeint gewesen sei (UV-act. 4/GV22). Diese Ergänzungen leuchten ein. Substanzielle Mängel, welche die Beurteilung durch Prof. D.____ als nicht verwertbar erscheinen liessen, sind nicht erkennbar. Nachfolgend Bericht erstattende Ärzte haben sich auf jeden Fall nicht dahingehend geäußert. 3.2 Als nachgewiesen zu gelten hat, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Februar 2003 ein Beschleunigungstrauma der HWS erlitt. Dr. P.____ bestätigte im Bericht vom 12. August 2003 - neben chronischen Nackenschmerzen bzw. der bereits vom erstbehandelnden Arzt Dr. C.____ bescheinigten schmerzhaften HWS-Muskulatur (UV-act. 3/M3) - eine zunehmende Wesensveränderung und einen Erschöpfungszustand (UV-act. 3/M12). Der von der Beschwerdegegnerin an Dr. C.____ zur Beantwortung zugestellte HWS-Fragebogen wurde nach Lage der Akten nicht retourniert (UV-act. 3/M19, M20). Die neuropsychologische Abklärung im Kantonsspital St. Gallen vom 23. September und 10. Oktober 2003 ergab das Vorliegen von kognitiven Defiziten, wobei die Ärzte von einer Überlagerung durch psychische Faktoren ausgingen (UV-act. 3/M24). Nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall müssen sich sodann lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3 mit Hinweisen). Ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlicher

Verletzung auftreten kann, lässt sich vorliegend nicht in Abrede stellen (vgl. auch UV-act. 3/M26 S. 2), auch wenn sich das Auftreten der Beschwerden zeitlich nicht genau eingrenzen lässt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch vorerst ihre Leistungspflicht.

3.3 Unter diesen Umständen ist die Adäquanz zu prüfen. Dabei ist von Bedeutung, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - der Unfallversicherer insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu seinen Ungunsten ausfällt (RKUV 1992 S. 75 Erw. 4b). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003 i/S. S., U 287/02, Erw. 4.4). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997, 281 Erw. 1a).

3.4 Praxisgemäss (in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 477 publiziertes Urteil U 164/01 vom 18. Juni 2002) ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese plötzlich nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie zuvor, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 [8C_331/2007] Erw. 3.3). Daran hat sich mit BGE 134 V 109 nichts geändert. Hingegen muss auch bei Vorliegen einer Schleudertrauma-Verletzung der Nachweis möglich sein, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern mit der für das bestehende Beschwerdebild zur Hauptsache ursächlichen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i/S O. [U 5/06] Erw. 3.2.2 mit Hinweisen). Anlässlich der ärztlichen Abklärungen im Kantonsspital St. Gallen im Oktober 2003 wurde eine Chronifizierungstendenz mit zunehmend in den Vordergrund tretenden depressiven Symptomen und sozialem Rückzug festgestellt (UV-act. 3/M26). Die Ärzte der RehaClinic Zurzach sowie der Psychologe J. ___ hielten insofern ein "gemischtes", nicht ausschliesslich psychisches Beschwerdebild fest, als sie neben der depressiven Symptomatik bzw. der

Anpassungsstörung auch ein Zervikalsyndrom und neuropsychologische Defizite anführten (UV-act. 3/M32, M35). Der Gutachter Prof. D.____ erachtete die Beschwerden als (somatisch) nicht erklärbar und eine psychotherapeutische Behandlung - unter bestimmten Voraussetzungen - als erfolgversprechend (UV-act. 3/M38). Der Psychiater Dr. K.____ bescheinigte am 29. Juli 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (UV-act. 3/M40). Von Seiten der Rehaklinik Rheinfelden wurden sodann zwar Diagnosen im Sinn eines typischen Beschwerdebildes bestätigt. Allerdings erachteten die Berichtersteller neben einer ambulanten Trainingstherapie vorderhand die weitere psychotherapeutische Betreuung und berufliche Reintegration als erforderlich (UV-act. 3/M53). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon vermerkten - bei fehlendem (unfallkausalem) somatischem Korrelat - das psychische Beschwerdebild (Konversionsstörung) als im Vordergrund stehend, wobei dies spätestens 6 Monate nach dem Unfall der Fall gewesen sei (UV-act. 3/M59a S. 22). Dr. L.____ wies zudem darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin erstmals im Mai 2004 in der RehaClinik Zurzach Schwindel beim Versuch, aufzustehen, erwähnt worden sei. Von einem unfallkausalen Schwindel könne nicht ausgegangen werden; vielmehr liege ein psychogener Schwindel bei Konversionsstörung vor (UV-act. 3/M62 S. 4). In Anbetracht dieser Aktenlage - insbesondere der Gutachten der Klinik Valens und der Rehaklinik Bellikon - ist festzuhalten, dass das gegenwärtige psychische Zustandsbild vorerst zwar mit der erlittenen Verletzung in Verbindung gebracht (mit entsprechender Leistungsanerkennung durch die Beschwerdegegnerin), dann jedoch wie dargelegt zum wesentlichen Teil auf eine psychogene Störung zurückgeführt wurde. Der psychischen Problematik kam bereits unmittelbar nach dem Unfall Bedeutung zu, und im späteren Verlauf standen die psychischen Probleme im Vergleich zur physischen Problematik gesamthaft gesehen im Vordergrund (vgl. insbesondere UV-act. 3/M59a S. 22, M59d S. 12-14). Der abschliessenden Beantwortung dieser Frage kommt jedoch insofern nicht eine entscheidende Bedeutung zu, als - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz sowohl in Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Fehlentwicklungen (vgl. nachfolgende Erw. 3.5) als auch der Schleudertrauma-Rechtsprechung (nachfolgende Erw. 3.6) zu verneinen ist.

3.5 In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 Erw. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 Erw. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung. Vorliegend ist nach Lage der Akten ein natürlicher (teilweiser) Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfall grundsätzlich zu bejahen (vgl. UV-act. 3/M59a S. 18 unten). Beim Ereignis vom 12. Februar 2003 mit frontaler Kollision ist in Anbetracht der Unfallumstände sowie der dokumentierten Fahrzeugschäden (UV-act. 7/Polizeirapport) von einem mittelschweren Unfall auszugehen (vgl. den vergleichbaren Sachverhalt im Urteil des EVG vom 10. April 2006 [U 177/05] Erw. 5.1). Der Unfall hatte bei der Beschwerdeführerin keine Bewusstlosigkeit bewirkt (UV-act. 4/GV21 S. 2 oben). Wenn die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, ihre Beschwerden könnten auch Folge einer Commotio cerebri sein (act. G 1 S. 4), so ist festzuhalten, dass für einen Kopfanprall an (harten) Strukturen - als Voraussetzung für eine Commotio cerebri - jeglicher Anhaltspunkt

fehlt; auch eine Bewusstseinsbeeinträchtigung als unmittelbare Folge des Unfalls lässt sich den Akten nicht entnehmen und wird auch nicht behauptet. Der Aufprall an Airbag und (weicher) Kopfstütze dürfte nicht geeignet sein, eine Hirnverletzung hervorzurufen, zumal diese Vorrichtungen gerade dazu dienen, Verletzungen zu verhindern. Ein Anlass für weitere diesbezügliche Abklärungen (act. G 1 S. 4 unten) war und ist auch aktuell offensichtlich nicht gegeben. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben des Ereignisses massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Bei der erlittenen HWS-Distorsion als solcher handelt es sich nicht um eine Verletzung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang angeführten FMRI-Befunde (act. G 1 S. 13 oben) können wie dargelegt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem streitigen Unfallereignis kausal zugerechnet werden. Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist festzuhalten, dass im Gutachten der Klinik Valens einzig eine psychotherapeutische Behandlung befürwortet wurde (UV-act. 3/M38 S. 10). Die physikalische Therapie bei N.____ wurde in der Folge unter anderem wegen zu geringer Compliance der Patientin von Seiten des Therapeuten abgebrochen (UV-act. 3/M48). Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon kamen in der Folge zum Schluss, dass von einer psychiatrischen Behandlung eine Besserung des Beschwerdebildes zu erwarten wäre. Derzeit sei die Beschwerdeführerin jedoch nicht offen für eine derartige Behandlung. Somatisch-organische Therapieverfahren seien nicht geeignet, eine weitere Besserung zu bewirken (UV-act. 3/M59a S. 20). Wenn die Ärzte der Reha Rheinfelden unter anderem eine medizinische Trainingstherapie befürworteten (UV-act. 3/M53 S. 2), so ist festzuhalten, dass die Gutachter der Rehaklinik Bellikon insbesondere auch die Nackenschmerzen praktisch ausschliesslich als Folge des psychiatrischen Beschwerdebildes erklärbar erachteten (UV-act. 3/M59a S. 19 unten). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen jedenfalls über den Zeitpunkt der Begutachtung in der Klinik Valens hinaus nicht bejaht werden. In diesem Sinn sind eine lange Behandlungsdauer, aber auch ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen. Nachdem im Gutachten der Klinik Valens vom 16. Februar 2005 festgestellt worden war, eine (volle) Arbeitsfähigkeit sei dringend zu realisieren, am ehesten durch Steigerung ab ca. 50% (UV-act. 3/M38 S. 9, 11), kamen die Gutachter der Rehaklinik Bellikon zum Schluss, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und Tätigkeiten im Sitzen seien (von Seiten der Unfallfolgen) ohne Einschränkungen (ganzschichtig) zumutbar (UV-act. 3/M59 S. 21). An beiden Begutachtungen waren auch Psychologen beteiligt. Wenn Dr. K.____ und Dr. P.____ als behandelnde Ärzte eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung bestätigten (vgl. UV-act. M39, M40, M42, M49, M58), so ist festzuhalten, dass die Exploration einem Gutachter immer einen gewissen Spielraum lässt, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis

vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050f). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001 i/S P., [I 506/00]) ist es nicht angezeigt, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2005 i/S G. [I 676/05] Erw. 2.4). Solche Gesichtspunkte sind hinsichtlich des vollständigen, schlüssigen und gut begründeten Gutachtens der Rehaklinik Bellikon nicht ersichtlich. Eine lang dauernde (somatisch begründete) Arbeitsunfähigkeit im Sinn der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) kann somit nicht als nachgewiesen gelten. Zum Antrag der Beschwerdeführerin, hinsichtlich der Frage der Arbeitsfähigkeit sei ein Augenschein am Arbeitsort der Beschwerdeführerin bei der G.____ sowie eine funktionelle Belastbarkeitstestung vorzunehmen, ist festzuhalten, dass die Arbeitsstelle bei der G.____ gekündigt wurde und damit nicht mehr zur Diskussion steht. Selbst wenn das Vorliegen von (somatischen) Dauerschmerzen gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin in den medizinischen Akten zu bejahen wäre, läge bezüglich des streitigen mittelschweren Unfalls nur ein einzelnes Adäquanzkriterium vor. Damit liesse es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden verneinte.

3.6 Selbst wenn - wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt - nicht von einer unfallfremden, im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen und damit bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nicht zwischen somatischen und psychischen Gesundheitsschäden zu unterscheiden wäre, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz jedenfalls ab dem Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung verneint werden. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände und der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.1, S. 127 mit Hinweisen) ist wie erwähnt zu verneinen. Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret nicht ausgegangen werden, auch wenn beim Unfall neben dem Beschleunigungstrauma Prellungen und Schnittwunden resultierten (UV-act. 3/M3). Nicht ausgewiesen sind in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich die Versicherte neben der HWS-Distorsion zuzog. Sodann ist entscheidewesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Die Beschwerdeführerin steht seit dem Unfall in Behandlung. Sie unterzog sich diversen Therapieverfahren (vgl. unter anderem UV-act. 3/M40 und M58 [Therapieverlauf]; UV-act. 2/CM1 S. 76f) und stand seit Mai 2004 auch in psychotherapeutischer Behandlung (UV-act. 3/M35, M36, M40, M49, M58). Im Weiteren weilte sie vom 29. März bis 26. April 2004 zu einer stationären Therapie in der RehaClinic Zurzach (UV-act. M32) und vom 4. bis 30. Dezember 2006 in der Rehaklinik Rheinfelden

(UV-act. 3/M53). In Anbetracht dieser Aktenlage ist festzustellen, dass nach dem Unfall vom 12. Februar 2003 bis zum Fallabschluss am 23. August 2007 eine fortgesetzt spezifische, die Versicherte belastende ärztliche Behandlung notwendig gewesen war, weshalb dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten ist. Als belastend wirkt hier neben der Vielzahl der therapeutischen Massnahmen die Tatsache, dass der Erfolg offenbar weitgehend ausblieb. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Gegenüber den Gutachtern der Rehaklinik Bellikon gab die Beschwerdeführerin an, ständig Kopfschmerzen zu haben. Es handle sich immer um denselben Schmerz im Nacken- und Hinterhauptsbereich. Der Gutachter Prof. Dr. med. Q.____ hielt diesbezüglich fest, die von der Beschwerdeführerin eingenommene analgetische Medikation sei ungeeignet zur Behandlung des Schmerzkomplexes. Vielmehr scheine sie geeignet, einen medikamenteninduzierten Schmerz zu bedingen. Es empfehle sich ein medikamentöses Auslassen der Analgetika, wofür sich die Beschwerdeführerin jedoch nicht aufgeschlossen gezeigt habe (UV-act. 3/M59a S. 8, 12, 13). Angesichts dieses Umstandes kann das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Beschwerden nicht mit der erforderlichen Erheblichkeit bejaht werden. Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 mit Hinweisen). Dr. P.____ hatte seit 11. August 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres bescheinigt (UV-act. 3/M14, M18, M21, M23). Wie dargelegt wurde bereits im Gutachten der Klinik Valens vom 16. Februar 2005 festgehalten, eine (volle) Arbeitsfähigkeit sei dringend zu realisieren, am ehesten durch Steigerung ab ca. 50% (UV-act. 3/M38 S. 9, 11). Gemäss dem Gutachten der Rehaklinik Bellikon ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und Tätigkeiten im Sitzen ohne Einschränkungen (ganzschichtig) zumutbar (UV-act. 3/M59 S. 21). Bei dieser Sachlage ist einerseits von einer Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Ausmass höchstens bis Mitte 2005 auszugehen. Im Bericht des Berufsberaters der IV-Stelle Zürich vom 19. Juli 2005 wurde unter anderem festgehalten, die Beschwerdeführerin sehe sich gesundheitsbedingt ausser Stande, wieder eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen. Auch für berufliche Massnahmen sei sie noch nicht bereit. Eine Restarbeitsfähigkeit sei aufgrund des Gutachtens der Klinik Valens zu 50% ab sofort ausgewiesen und sollte bald gesteigert werden können. Für eine

Eingliederung beim bisherigen Arbeitgeber (vor dem Unfall) sehe die Beschwerdeführerin keine Möglichkeit. Es habe trotz guter Leistungen zuletzt ein zerstrittenes Arbeitsverhältnis vorgelegen. Ein Arbeitsversuch nach dem Unfall (bei einer anderen Firma) sei gescheitert (UV-act. 5/IV9). Ein durch R.____ durchgeführtes Arbeitstraining wurde von Seiten der Beschwerdeführerin Mitte 2006 abgebrochen mit der Begründung, dass der Arbeitsweg für sie zu anstrengend geworden sei (UV-act. 2/CM13; zum Verlauf des durch R.____ durchgeführten Casemanagements vgl. UV-act. 2/CM1 S. 1-85, insb. S. 78, und UV-act. 3/M59a S. 6). Am 11. Mai 2007 teilte der neue Casemanager S.____ der Beschwerdegegnerin mit, ein Arbeitstraining sei zur Zeit nicht möglich. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lasse dies nicht zu (UV-act. 7/Berufsberatende Massnahmen). Unter diesen Umständen sind ausreichende Anstrengungen der Beschwerdeführerin, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, nicht ausgewiesen. Das Vorbringen, die Beschwerdeführerin habe immer motiviert und kooperativ mitgearbeitet (act. G 1 S. 13 unten), kann mit Blick auf die Akten nicht als belegt gelten (vgl. UV-act. 2/CM1 S. 1-85; UV-act. 3/M48). Zusammenfassend ist eines der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien gegeben, was dazu führt, dass die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall zu verneinen ist. Die Leistungseinstellung ab 23. August 2007 ist dementsprechend nicht zu beanstanden.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.