

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/22 vom 28. Februar 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_22)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/22 du 28 février 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/22 del 28 febbraio 2013

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Prüfung der adäquaten Unfallkausalität nach HWS-Trauma (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 28. Februar 2013, UV 2012/22).  
Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 12. November 2006 erbrachten Leistungen auf den 31. Januar 2012 zu Recht einstellte oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (E. 1, 2 und 5) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung sowie die Beweisanforderungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

### **E. 2**

2.1 Vom 19. Februar bis 17. März 2007 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im Rehabilitationszentrum der Klinik Valens auf. Im Austrittsbericht vom 22. März 2007 wurde unter anderem die Diagnose einer HWS-Distorsion QTF II (Quebec Task Force) mit/bei zervikozepalem myofaszialem Syndrom mit okzipito-frontalen Zephalgien, zerviko-brachio-thorakalem myofaszialem Syndrom, subjektiv Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen und schneller Ermüdbarkeit sowie Sorge, Anspannung und persistierenden Schlafstörungen erhoben. Eine psychiatrische Austrittsdiagnose wurde nicht gestellt (UV-act. 34, 44). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin FMH und Akupunktur TCM, berichtete am 11. September 2007 über die durchgeführte komplementärmedizinische Behandlung (UV-act. 53). Am 13. September 2007 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte persistierende Schmerzen dorsal sowie eine gegenwärtig rückläufige Zervikalgie und Zephalgie nach HWS-Distorsion und vermutlicher Thoraxkontusion fest. Der Arzt vermerkte, dass die Palpation der HWS allenfalls eine sehr diskrete Druckempfindlichkeit paravertebral ergebe und die occipitalen Muskelansätze unauffällig seien. Es bestehe kein axialer Stauchschmerz der HWS. Im Bereich der BWS beständen von Th1-Th4 eine deutliche Druckdolenz über den Dornfortsätzen sowie rechts paravertebral Muskelverspannungen zirka Th3-Th7 mit Schmerzmaximum Th6 rechts. Seitneigungen der Rumpfwirbelsäule würden diesen paravertebralen Schmerz verstärken, Rotationsbewegungen würden die Beschwerden allenfalls leicht auslösen. Es beständen kein Thoraxkompressionsschmerz, keine Aufrichteinsuffizienz und keine neurologischen Defizite im Bereich der oberen Extremitäten. Die obere BWS bilde die Hauptlokalisation

der fortbestehenden Beschwerden. Die Zephalgien und die Zervikalgie zeigten sich unter der Akupunktur- und Osteopathiebehandlung deutlich rückläufig. Die anfänglich bestehenden Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen seien bereits vollständig zurückgegangen. Eine von Dr. E. \_\_\_ veranlasste MRI-Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund im Bereich der BWS (Suva-act. 61). Dr. D. \_\_\_ hielt im Bericht vom 21. November 2007 fest, dass durch die Akupunktur und Phytotherapie eine deutliche Besserung der chronischen Kopfschmerzen erreicht worden sei. Bezüglich der persistierenden, punktuell von der mittleren BWS ausstrahlenden Schmerzen mit Bewegungseinschränkung habe nur eine mässige Besserung erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin arbeite seit dem 7. September 2007 mit einem Pensum von 50% (UV-act. 90). Am 18. Januar 2008 führte Suva-Arzt Dr. E. \_\_\_ aus, dass die diskreten Diskusprotrusionen im Bereich der HWS nicht unfallbedingt seien. Die MRI-Untersuchung von HWS und BWS vom 19. September 2007 zeige eine harmonische Krümmung und Lordose der HWS, eine Kyphose der BWS, eine normale Abbildung der Wirbelbogen und keinen engen Wirbelkanal. Lediglich die Bodenplatte Th11 zeige im Sinn eines ablaufenden Morbus Scheuermann eine wellige Konturierung. Im Bereich der BWS sei kein einziger auffälliger pathologischer Befund erhoben worden, der als nachweisbare strukturelle Veränderung gewertet werden könne. Als eher gering ausgeprägte Zeichen einer klinischen Fassbarkeit seien die Druckdolenz über den Dornfortsätzen Th1 bis Th4 und die leicht verspannte paravertebrale Muskulatur im Bereich der oberen BWS zu werten (UV-act. 80). Dr. med. F. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, teilte im Bericht vom 10. März 2008 mit, dass die Beschwerdeführerin durch die heftigen Schmerzen in der BWS sowie in der HWS und die daraus resultierenden Kopfschmerzen bzw. Migräne gestört sei. Sie sei auf einen erheblichen Tramal-Konsum angewiesen und arbeite 50% (UV-act. 89). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 11. Juni 2008 bestätigte Dr. D. \_\_\_ chronische BWS-Schmerzen und rezidivierende Zephalgien (UV-act. 98). Im Bericht vom 11. August 2008 stellte er unter Therapie einen relativ stabilen Zustand fest. Die Beschwerdeführerin sei 50% arbeitsfähig, im Alltag allerdings durch die belastungsabhängigen Schmerzen deutlich eingeschränkt (UV-act. 104).

2.2 Eine interdisziplinäre RAD-Untersuchung der Beschwerdeführerin ergab gemäss Bericht vom 26. Juni 2009 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein myofaszielles Schmerzsyndrom im Bereich des Schultergürtels rechts. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht in einem adaptierten Bürobereich um 25% eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe mangels eines relevanten psychischen Gesundheitsschadens keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (UV-act. 122 Beilage). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen kam im Entscheid vom 26. August 2009 (UV 2008/133) zum Schluss, die von Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ festgestellten Beschwerden im Bereich der oberen BWS stellten grundsätzlich keine typischen Beschwerden im Nachgang zu einem erlittenen Schleudertrauma dar. Solche typischen Beschwerden seien den Akten ab dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung kaum mehr zu entnehmen. Trotzdem habe die Beschwerdegegnerin noch über ein Jahr nach der Untersuchung Leistungen erbracht. Wenn sie nun geltend machen wolle, die jetzigen Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen, so könne sie die Leistungseinstellung nicht auf die gleichen medizinischen Berichte abstützen, aufgrund derer sie zuvor noch Leistungen ausgerichtet habe. Insgesamt sei der medizinischen Aktenlage kein Bericht zu entnehmen, welcher sich zur Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden äussere. Aus dem blossen Umstand, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen würden, könne bei einer HWS-Distorsion

nicht auf eine Leistungseinstellung geschlossen werden. Entscheidend sei, dass die BWS-Beschwerden bereits im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. September 2007 festgestellt, daraufhin weiter Versicherungsleistungen erbracht worden seien und diese Beschwerden auch über den Einstellungszeitpunkt hinaus persistieren würden. Das RAD-Gutachten vom 26. Juni 2009 belege, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht hinreichend abgeklärt habe. Die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens mit Einschätzung der Unfallkausalität wäre notwendig gewesen. Ohne ein solches Gutachten lasse sich auch die Adäquanzbeurteilung nicht abschliessend vornehmen (Entscheid, a.a.O., E. 5.3).

2.3 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS Interlaken GmbH vom 19. Mai 2010 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom cervicothoracal und cervicocephal festgehalten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach Frontalkollision mit HWS-Distorsion und Thoraxkontusion/Sternumkontusion, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Das chronische Schmerzsyndrom habe sich aus dem unfallbedingten HWS- und Nackenschmerz entwickelt. Initial habe ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. November 2006 bestanden. Die Chronifizierungsfaktoren seien unfallunabhängig (unfallfremd) und lägen im psychischen, sozialen und möglicherweise iatrogenen Bereich. Das jetzige subjektive Beschwerdebild und die subjektiven Beeinträchtigungen könnten nicht mehr als unfallkausal bewertet werden. Das chronische Schmerzsyndrom bzw. die undifferenzierte Somatisierungsstörung seien als (unfallfremder) pathologischer Zustand zu werten. Der bisherige Verlauf mit fast ausschliesslich passiven und zum guten Teil komplementärmedizinischen Behandlungsmassnahmen, Problemen der Beschwerdeführerin in der Schmerzbewältigung und teilweise ungünstigen Coping-Strategien ("undifferenzierte Somatisierungsstörung") könne teilweise die noch bestehenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen erklären. Sie würden eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20% begründen. Dies habe sich seit 1. November 2008 nicht verändert. Eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Integrität sei nicht gegeben (UV-act. 143 S. 39-57). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 21. März 2011, unter der seit August 2010 stattfindenden Physiotherapie könne seit Januar 2011 eine deutliche und kontinuierliche Besserung konstatiert werden. Diese äussere sich in einer signifikanten Verkürzung der immer noch täglich auftretenden paravertebralen Muskelschmerzen. Vom Erreichen eines stabilen Endzustands könne weiterhin nicht gesprochen werden. Es bestehe bezüglich Muskelschmerzen noch deutliches Verbesserungspotential (UV-act. 163). Im Bericht der Schulthess Klinik vom 14. April 2011 wurde festgehalten, durch die Infiltration und die zusätzlichen Physiotherapien habe sich eine Regredienz der Schmerzen ergeben (UV-act. 168).

### **E. 3**

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin über den 31. Januar 2012 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Eine am Unfalltag durchgeführte röntgenologische Untersuchung ergab eine regelrechte ossäre Struktur (UV-act. 7). Die ursprünglich festgestellte Sternumkontusion wurde in späteren Diagnoseerhebungen nicht mehr erwähnt. Bei einem MRI der HWS vom 4. Januar 2007 wurde eine geringgradige (unfallfremde bzw. degenerative) Diskusprotrusion HWK 4 bis 7 ohne Wurzelkompression festgestellt. Ansonsten sei von einer altersentsprechend unauffälligen Darstellung der HWS auszugehen (UV-act. 50). Bei einer MR-Untersuchung

am 19. September 2007 war im Bereich der BWS kein pathologischer Befund fassbar. Die sensible Nervus Ulnaris-Reizung stellt keinen organischen Befund im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Veränderung dar. Wie aus der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2008 hervorgeht, ergab die elektroneurografische Untersuchung nämlich einen Normalbefund. Die im RAD-Bericht vom 26. Juni 2009 (UV-act. 122 Beilage) festgehaltenen muskulären Veränderungen (Verkürzungen und Triggerpunkte) im Schulterbereich stellen ebenfalls keine objektivierbaren Befunde im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Veränderung dar. Klinisch erhobene Druckdolenz, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS stellen praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4 und vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.2). Auch die Medas-Gutachter verneinten im Jahr 2010 aus rheumatologischer und neurologischer Sicht eine strukturelle Pathologie der muskulären Befunde (UV-act. 143 S. 33-35 und 45). Diese Feststellung erscheint begründet und blieb auch unbestritten. In diesem Zusammenhang ist sodann festzuhalten, dass gemäss der einschlägigen Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist. - Eine eigentliche Verursachung bzw. eine richtunggebende (dauernde) Verschlimmerung einer Wirbelsäulenpathologie durch das in Frage stehende Unfallereignis fällt angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten sowie des Unfallsachverhalts ausser Betracht. Eine allfällige vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung wäre längst als abgeheilt anzusehen.

3.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9; Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). - Konkret lagen die zum typischen Beschwerdebild nach einem erlittenen Schleudertrauma gehörenden Beeinträchtigungen in der Zeit nach dem Unfall unbestrittenermassen vor (vgl. UV-act. 5, 6, 7, 18, 26, 34, 57 und 143 S. 56). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen bis zum 31. Januar 2012 anerkannt.

3.3 Sind Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen eines Schleudertraumas oder diesen ähnlichen Verletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in

BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS sowie bei äquivalenten Verletzungen setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

#### **E. 4**

4.1 Die MEDAS-Gutachter kamen im Mai 2010 unter anderem zum Schluss, dass theoretisch noch ein erhebliches medizinisches Rehabilitationspotential in Form von Trainingstherapie und Kreislauftherapie bestehe. Der medizinische Endzustand könne ein halbes Jahr nach Beginn einer solchen Massnahme beurteilt werden (UV-act. 143 S. 48 und 60). Am 8. November 2011 berichtete Dr. D. \_\_\_ unter anderem, neben einem Abbau des Analgetikakonsums sei es zwischenzeitlich auch wiederholt zu erheblichen Verschlechterungen gekommen. Ein Unterbruch oder gar ein Abbau der chronifizierten Schmerzen könne nicht erreicht werden (UV-act. 180). Im Bericht der H. \_\_\_ Klinik vom 30. November 2011 wurde unter anderem bestätigt, dass es durch die Schmerzbehandlung zu einer deutlichen Reduktion des Beschwerdebildes gekommen sei (UV-act. 181). - Gestützt auf diese Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls im Januar 2012 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und allfällige später durchgeführte Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienen. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, Nr. U 557, S. 388). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende Januar 2012 an.

4.2 Beim Ereignis vom 12. November 2006 mit frontaler Kollision ist in Anbetracht der Unfallumstände sowie der dokumentierten Fahrzeugschäden (UV-act. 27, 31) nicht von einem ausserordentlich schweren, lebensbedrohlichen Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, Nr. U 215, S. 91; vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3), sondern von einem mittelschweren Unfall auszugehen. Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Kriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so

geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Eine biomechanische Kurzbeurteilung ergab gemäss Bericht vom 26. April 2007, dass aufgrund der gegebenen technischen Informationen die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) für das Fahrzeug der Beschwerdeführerin unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 20-30 km/h gelegen habe. Der Harmlosigkeitsbereich für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden nach frontalen Kollisionen liege in einem Bereich der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 20-30 km/h. Es sei schwierig zu entscheiden, ob die anschliessend an das Ereignis festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde im Normalfall isoliert durch die Kollisionseinwirkung erklärbar seien. Eine technische Unfallanalyse könnte die Grundlage für eine biomechanische Beurteilung verbessern (UV-act. 36). Unabhängig vom Vorliegen einer detaillierten technischen Unfallanalyse ist mit Blick auf die bisherige Praxis davon auszugehen, dass der in Frage stehende mittelschwere Unfall nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen liegt (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C\_609/2007, E. 4.1.3). Festzuhalten ist, dass die Fahrzeuge gemäss biomechanischer Beurteilung "mit einer Überdeckung von ca. 90% links, in einem Winkel von ca. 40°, schräg vorne links, frontal..." (UV-act. 36 S. 1) kollidierten und somit nahezu von einer Frontalkollision auszugehen ist. Bei Frontalkollisionen - einschliesslich Nahezu-Frontalkollisionen, d.h. solchen, die eine Fahrzeug-Seite etwas stärker betrafen als die andere - liegt die sog. Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden bei einem Delta-v-Wert von 20-30 km/h und demnach deutlich höher als bei den klassischen Heckauffahrunfällen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2010, 8C\_327/2010, E. 5.2.1, mit Hinweis auf Urteile vom 4. Januar 2010, 8C\_786/2009, E. 4.6.1, vom 29. April 2008, 8C\_582/2007, E. 4.1 mit Hinweisen). Sodann ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin den Sitz-Gurt trug und der Airbag auf ihrer Seite durch den Aufprall aktiviert wurde (UV-act. 5 und 36), wodurch sich eine erhebliche Verminderung der aufprallbedingten Kraftereinwirkung ergab (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_239/2007, E. 6.3). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an der Einstufung als mittelschweres Ereignis im eigentlichen Sinn nichts zu ändern.

4.2.1 Eine gewisse Eindrücklichkeit für die Beschwerdeführerin kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen 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, U 109/04, E. 2.3 und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1, und vom 22. August 2008, 8C\_623/2007, E. 8.1 [Massenkollision auf der Autobahn]). Beim erlittenen Trauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C\_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Das Trauma traf konkret auch keine im Zervikal-Bereich erheblich vorgeschädigte, die Leistungsfähigkeit einschränkende Wirbelsäule (vgl. UV-act. 46). Unmittelbar nach dem Unfall bestätigte die Beschwerdeführerin sodann eine gerade Kopfhaltung beim Aufprall (UV-act. 5, 6). Eine Verletzung besonderer Art (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C\_785/2007, E. 4.4) ist damit nicht ersichtlich,

zumal hierfür das Vorliegen von (vorbestehenden) degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule (vgl. UV-act. 50 und 80) allein nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C\_726/2010, E. 4.1.2.2). Auch die Sternumkontusion vermag dieses Kriterium nicht zu erfüllen. 4.2.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 12. November 2006 mit initialer Behandlung im Kreisspital I.\_\_\_\_ und anschliessender konservativer Therapie einen einmonatigen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens absolvierte (UV-act. 34). Die daran anschliessend in den Jahren 2006 bis 2011 durchgeführten Behandlungen umfassten physiotherapeutische, osteopathische und komplementärmedizinische Massnahmen sowie eine pharmakologische Schmerztherapie (UV-act. 53, 69, 75; Aufstellung Therapiebesuche in act. G 1.3). Reine Abklärungsmassnahmen bei diversen Spezialärzten sowie Verlaufskontrollen fallen in diesem Zusammenhang ausser Betracht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C\_57/2008, E. 9.3.3, und vom 26. August 2008, 8C\_687/2007, E. 5.3). Spätestens Ende Januar 2012 war von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende E. 4.1). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C\_331/2007, E. 4.2.3) zwar nicht mit Blick auf die Art der Behandlungen, jedoch in Anbetracht der langen Dauer der Behandlung bejaht werden, jedoch nicht in ausgeprägtem Umfang. 4.2.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG 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 E. 10.2.4). Gemäss RAD-Bericht vom 26. Juni 2009 klagte die Beschwerdeführerin über belastungsabhängige Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Von dort aus würden die Kopfschmerzen und Muskelverspannungen ausgelöst. Bei geringer Belastung seien die Schmerzen erträglich (UV-act. 122 Beilage S. 2f). Gegenüber den Medas-Gutachtern gab die Beschwerdeführerin das Bestehen von Schmerzen im Schultergürtel, Kopfschmerzen (fünf bis sechsmal pro Woche) sowie Schwindel (fünf bis sechsmal pro Monat) an. Die Schulter- und Nackenschmerzen beständen jeden Tag, seien aber vormittags besser. Folge der Schmerzen sei, dass sie ihren Alltag nicht bewältige. Sie könne keinen Sport mehr betreiben und traue sich keinen Urlaub mehr zu (UV-act. 14 S. 28f). Die Gutachter bejahten hinsichtlich der chronifizierten Beschwerden die natürliche Kausalität initial (für die Zeit nach dem Unfall), verneinten sie hingegen im Begutachtungszeitpunkt (UV-act. 143 S. 48). Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte am 8. November 2011 unverändert bestehende chronische Schmerzen (UV-act. 180). Angesichts dieser Aktenlage kann das Kriterium von ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden allenfalls in geringem Umfang als erfüllt gelten. Demgegenüber können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (E. 2) nicht als gegeben erachtet werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion. 4.2.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus 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. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder 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 E. 10.2.7). - In der Zeit nach dem Unfall wurde der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit und ab 5. Dezember 2006 sowie, nach zwischenzeitlicher 75%iger bzw. 70%iger Arbeitsunfähigkeit, ab 7. September 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. Unfallscheine; UV-act. 122 Beilagen). Ab November 2007 war die Beschwerdeführerin entsprechend mit Pensen von 20% und 30% bei ihren Arbeitgebern tätig (UV-act. 70). Die Medas-Gutachter bescheinigten im Mai 2010 eine (unfallunabhängige) Arbeitsunfähigkeit von 20%. Sie erachteten die Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar (UV-act. 143 S. 46). Die Sozialversicherungsanstalt wies im Januar 2011 berufliche Massnahmen ab, nachdem die Beschwerdeführerin mitgeteilt hatte, dass sie sich maximal 50% arbeitsfähig fühle, von zu Hause aus in einer leidensadaptierten Tätigkeit mit einem 50%-Pensum arbeite und keine beruflichen Massnahmen, sondern die Rentenprüfung wünsche (UV-act. 158). Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen kann bei diesem Sachverhalt ebenfalls nicht als erfüllt betrachtet werden. Bei der gegebenen Unfallschwere müssten mindestens drei Adäquanzkriterien in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (SVR 2010 UV Nr. 25, 100 [8C\_897/2009 E. 4.5]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C\_465/2011, E. 8.2). Bei Erfüllung von zwei Adäquanz-Kriterien in nicht sehr ausgeprägtem Umfang kommt dem Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zu. 4.3 Bei fehlendem bzw. mit Erreichen des medizinischen Endzustands weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist auch ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zu prüfen. Aus dem Umstand, dass die Invalidenversicherung den Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 20% ablehnte, lässt sich nicht ein Unfallrentenanspruch ableiten, zumal sich der 20%ige Invaliditätsgrad aufgrund der von den Medas-Gutachtern als unfallfremd eingeschätzten Arbeitsunfähigkeit von 20% ergab (vgl. UV-act. 172 und 143 S. 49).

## **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 2. März 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.