

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00201 vom 24. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00201

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00201 du 24 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00201 del 24 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1976 geborene X. war als Kassenhilfe in einem Take-Away Betrieb tätig und bei der "Winterthur" Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (heute: AXA Versicherungen AG) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 16. August 2003 wurde sie als Beifahrerin im von ihrem Ehemann gelenkten Personenwagen in J. in eine Kollision verwickelt (Urk. 11/1, 11/16, 13/1+2). Zwei Tage später wurden in der Schweiz eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sowie Kontusionen der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Beckens diagnostiziert und wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Urk. 12/M1). Da die Beschwerden trotz medikamentöser und intensiver physikalischer Therapie nur kurz besserten und die Arbeit nur vorübergehend wieder aufgenommen werden konnte, wurde die Versicherte am 6. März 2004 nach Rücksprache mit dem beratenden Arzt des Unfallversicherers, Dr. med. Y., FMH Innere Medizin und Rheumatologie, in die Behandlung des Dr. med. Z., Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, überwiesen (Urk. 12/M6 und 12/M7). Dr. Z. diagnostizierte ein chronisches posttraumatisches Cervikalsyndrom, ein posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom bei muskulärer Dysbalance und ausgeprägter Haltungsinsuffizienz sowie eine posttraumatische Belastungsreaktion; er attestierte eine weiterhin bestehende volle Arbeitsunfähigkeit und empfahl am 21. Juni 2004 eine stationäre interdisziplinäre Behandlung (Urk. 12/M9). In der Folge fand vom 6. bis 25. September 2004 in der Klinik G. ein Rehabilitationsaufenthalt statt; im Austrittsbericht vom 21. Oktober 2004 wurden neben einem chronischen posttraumatischen vertebrale Schmerzsyndrom nach Autounfall ein depressives Stimmungsbild sowie ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und eine Vorstellung in der Psychiatrischen Universitätsklinik empfohlen (Urk. 12/M13). Die an der Psychiatrischen Universitätsklinik tätigen Ärzte diagnostizierten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 15. März 2005; Urk. 12/M18). Der Unfallversicherer erbrachte Leistungen (Kosten der Heilbehandlung, Taggeld) und ordnete eine interdisziplinäre Begutachtung bei der Begutachtungsstelle A. an, welche ihr Gutachten am 14. Februar 2006 erstattete (Urk. 12/M28).

1.2 Mit Verfügung vom 3. Juli 2006 stellte der Unfallversicherer sowohl die Taggeld- als auch die übrigen Leistungen per 28. Februar 2006 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, namentlich auf eine Integritätsentschädigung oder eine Invalidenrente (Urk. 11/104). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 4. September 2006 (Urk. 11/107) wurde vom Unfallversicherer mit Entscheidung vom 13. März 2007 abgewiesen (Urk. 2).

zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäß obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 1.3

1.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.3.3 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;

- Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.3.4 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

1.3.5 Die Beurteilung der Adäquanzen in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung auf das Gutachten der Begutachtungsstelle A. ___ vom 14. Februar 2006, dem sie volle Beweiskraft beimass, und hielt dafür, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis nicht mehr bestehe beziehungsweise dahingefallen sei (Urk. 2 sowie 11/104). Im angefochtenen Entscheid wurde sodann erwogen, selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang bejaht

wäre die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt, da es ausserdem an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehle (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im wesentlichen geltend, die Beurteilung durch die Gutachter stehe in Widerspruch zu den medizinischen Vorakten und stelle eine unzulässige Neubeurteilung desselben Sachverhalts dar. Statt sich an den medizinischen Fakten zu orientieren, hätten die begutachtenden Ärzte, ohne über die dafür erforderlichen Fachkenntnisse zu verfügen, eine technische Unfallanalyse vorgenommen und gestützt darauf HWS-Verletzungen ausgeschlossen. Nach wie vor bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und die Behandlung dauere fort; entsprechend sei eine Leistungseinstellung unzulässig (Urk. 1 und 17).

E. 3

3.1. Wenn mit der Beschwerde Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen über den 28. Februar 2006 hinaus verlangt werden und damit implizit - das heisst im Sinne der diesbezüglichen Anspruchsgrundlagen - geltend gemacht wird, von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung habe noch eine namhafte Besserung erwartet werden können, so wirft dies die Frage auf, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen hat (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 3.2 S. 113). Aus dem von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang aufgelegten Bericht von Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 13. Oktober 2006 (Urk. 3/3 [= 12/M33]) ergibt sich, dass im Jahr 2006 lediglich Schmerzmittel verabreicht worden sind und Kontrolluntersuchungen stattgefunden haben, welche jeweils unveränderte Befunde gezeigt hatten. Entsprechend ist nicht ersichtlich, inwiefern von allfälligen weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Auswirkung auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit hätte erwartet werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008 i.S. M., 8C_527/2008, Erw. 4.1). Einem Fallabschluss auf den 28. Februar 2006 hin stand daher nichts im Wege. Zu prüfen bleibt, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis und den noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden in jenem Zeitpunkt nicht mehr bestand beziehungsweise ob die Adäquanz von allfälligen Beschwerden ohne klar fassbares organisches Korrelat gegeben ist.

E. 3.2

3.2.1. Nach dem Unfallereignis vom 16. August 2003 und ihrer Rückkehr in die Schweiz suchte die Beschwerdeführerin am 18. August 2003 ihren Hausarzt, Dr. med. C. ____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, auf. Gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde diagnostizierte er eine Distorsion der HWS sowie Kontusionen der LWS und des Beckens. Ossäre Läsionen konnten mittels bildgebenden Verfahren ausgeschlossen werden. Dr. C. ____, attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, welche voraussichtlich 4-5 Wochen dauere, und stellte einen Behandlungsabschluss in ungefähr acht Wochen in Aussicht (Urk. 12/M1: Arztzeugnis UVG vom 2. September 2003).

Am 9. November 2003 unterzeichnete Dr. C. ____, den "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" und berichtete von geklagten Schmerzen der HWS, der LWS sowie der linken Hüfte und des Knies; als Diagnose nannte er eine Kontusion der HWS, der linken Hüfte und Knie. Er attestierte sodann eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, welche voraussichtlich bis zum 9. November 2003 dauere (Urk. 12/M2).

Am 31. Januar 2004 berichtete Dr. C.____, unter physikalischer Therapie im Spital D.____ hätten sich die HWS-Beschwerden nur teilweise gebessert. Er habe die Patientin ausserdem an einen Chiropraktor überwiesen. Inzwischen seien die physikalische und chiropraktische Behandlung abgebrochen worden; es finde nur noch eine medikamentöse Behandlung statt. Die Arbeitsunfähigkeit dauere an; ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei, sei ungewiss (Urk. 12/M4).

Anlässlich eines telefonischen Gesprächs mit dem beratenden Arzt des Unfallversicherers am 5. März 2004 berichtete Dr. C.____, dass die Beschwerdeführerin anfänglich vor allem unter Beschwerden eines cervico-vertebralen Syndroms mit Ausstrahlungen nach links gelitten habe. Unter Physiotherapie seien die Beschwerden besser geworden, so dass vorübergehend auch die Arbeit wieder aufgenommen werden könnten. Als die Schmerzen wieder stärker geworden seien, habe er die Beschwerdeführerin an einen Chiropraktor überwiesen. Dessen Behandlung habe auch nicht den gewünschten Erfolg gebracht, weswegen diese zwischenzeitlich sistiert worden sei. Die von ihm vorgeschlagene Craniosacraltherapie sei von der Versicherten abgelehnt worden. Aktuell werde keine Behandlung mehr durchgeführt, obschon immer noch Verspannungen im Bereiche Nacken und Schultern sowie Kopfschmerzen bestehen würden. In der Folge kamen die Ärzte überein, dass eine rheumatologische Beurteilung und Behandlung indiziert sei (Urk. 12/M6).

3.2.2 Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin sowie Manuelle Medizin (SAMM), diagnostizierte am 21. Juni 2004 ein chronisches posttraumatisches Cervikalsyndrom sowie ein posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom bei muskulärer Dysbalance sowie ausgeprägter Haltungsinsuffizienz. Ferner diagnostizierte er eine posttraumatische Belastungsreaktion. Er berichtete sodann, dass die Patientin über chronische Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung bis nach frontal sowie Schmerzen im Schultergürtelbereich klage. Die lumbalen und spondylogenen in die Beine ausstrahlenden Schmerzen ständen im Hintergrund. Weiter klage die Patientin über schwere Schlafstörungen mit unruhigem, nicht erholsamem Schlaf und wiederholtem Aufstehen, Antriebslosigkeit, chronische Müdigkeit sowie depressive Stimmungslage. Dr. Z.____ konnte eine ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit im Nacken-Schultergürtelbereich sowie eine auffallend hypotone Nacken-Schultergürtelmuskulatur mit extremer Haltungsinsuffizienz feststellen. Er schlug schliesslich einen stationären Rehabilitationsaufenthalt vor (Urk. 12/M9).

3.2.3 Im Bericht der Klinik G.____ vom 21. Oktober 2004 über die Hospitalisation vom 6. bis 25. September 2004 wurde ausgeführt, dass der gesamte Aufenthalt durch eine geringfügige Änderung der Schmerzsymptomatik ohne wesentliche Verbesserung gekennzeichnet gewesen sei. In keiner Therapieform hätten längerfristig Ressourcen zur Linderung erarbeitet werden können. Fortschritte hätten bloss beim Erlernen rückengerechten Verhaltens verzeichnet werden können, allerdings ohne Auswirkung auf die Schmerzsituation. Auf Anraten der Psychologin sei der Kontakt zur Psychiatrischen Universitätsklinik hergestellt worden, hier seien Erfolge durch psychotherapeutische Behandlungsformen zu erhoffen (Urk. 12/M13).

Dem Austrittsbericht Physiotherapie der Klinik G.____ vom 24. September 2004 kann entnommen werden, dass die Therapie-Ziele nicht erreicht werden konnten, weil die Patientin weiterhin über anhaltend starke Schmerzen geklagt habe. Obwohl die Schmerzen nicht immer gleich stark gewesen seien, sehe die Patientin selber

keine Verbesserung und sei der Ansicht, dass ihr nichts helfe. In der Therapie habe keine klare Problematik beziehungsweise Einschränkung bestätigt werden können. Das Bewegungsverhalten und die subjektive Befindlichkeit hätten zum Teil deutlich divergiert und seien teilweise sogar widersprüchlich gewesen. Im interdisziplinären Austausch sei übereinstimmend eine Selbstlimitierung infolge einer Symptomausweitung bestätigt worden (Urk. 12/M31 S. 9).

3.2.4   Die am 16. Februar 2005 von Dr. med. E.____ angefertigten Röntgenaufnahmen zeigten keine fassbaren pathologischen Veränderungen im Bereich des linken Hüftgelenks und ein normales linkes Knie (Urk. 12/M25).

        Auch die bildgebenden Untersuchungen von Prof. Dr. med. F.____ vom 18. Februar 2005 zeigten ausser einer HWS-Streckhaltung bloss unauffällige Befunde der Halswirbelsäule und des Gehirns (Urk. 12/M26).

3.2.5   Aus dem Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik H.____ vom 15. März 2005 geht hervor, dass das Schmerzbild nicht mehr nur cervicocephal und auf den Schulterbereich lokalisiert werden kann, sondern dass es sich diffus bis in die Beine ausstrahlend präsentierte. Weiter wird ausgeführt, dass die Patientin über Schlafstörungen mit Alpträumen klage, aus denen sie mehrmals schweissgebadet erwache. Meist seien es Schreckensbilder vom Autounfall. Des weiteren schildere die Patientin ein Morgentief mit Antriebslosigkeit und Gereiztheit bei Stresssituationen. Die Patientin sei deutlich affektlabil, klagsam, hilf- und ratlos, deprimiert und ausgesprochen ängstlich, mit Schuldgefühlen vor allem ihrem Sohn gegenüber. Das Denken sei auf die Schmerzsymptomatik eingeeengt. Es best nden weder Zwänge noch Hinweise auf Wahn, Wahrnehmungsstörungen und Ich-Störungen. Antrieb und Vitalgef hle seien vermindert; es best nden Ein- und Durchschlafstörungen sowie verminderter Appetit. Die behandelnden Fachärzte vertraten die Auffassung, der versicherte Unfall habe Erinnerungen an den Krieg in Kosovo reaktiviert, denn diese Erinnerungen w rden in angstbesetzten Alpträumen auftreten. Nebst der Schmerzsymptomatik seien auch depressive Symptome auszumachen. Schliesslich diagnostizierten sie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine anhaltende, somatoforme Schmerzstörung und bescheinigten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/M18).

3.2.6   Dr. B.____ berichtete - in Kenntnis der beim Computertomogramm der LWS L2-S1 erhobenen Befunde - am 7. September 2005, es bestehe ein Status nach Unfall am 16. August 2003 mit zweiseitiger Kollision mit Entwicklung einer HWS-Distorsion mit myofascialer Symptomatik, vor allem im Bereich der rechtsseitigen Nacken- und Schultermuskulatur, mit entsprechender Bewegungseinschränkung. Bisher habe eine Therapieresistenz bestanden, ferner eine Lumboischialgie links; ursprünglich habe offenbar eine Verletzung im Bereich der Vorderseite des linken Oberschenkels bestanden. Neurologische Ausfälle seien keine festzustellen. Weiter bestehe eine ausgeprägte reaktive Depression, wahrscheinlich eine Anpassungs- oder Belastungsstörung (Urk. 12/M23).

3.2.7   Im Gutachten der Begutachtungsstelle A.____ vom 14. Februar 2006 wurde ausgeführt, dass Ursache der Niederlegung jeglicher Berufsarbeit seit dem 16. August 2003 ein gleichentags erfolgter Verkehrsunfall in J.____ gewesen sei. Dabei habe es sich gemäss dem Unfallrapport der involvierten Polizeiergane um eine durch den Ehemann

der Versicherten als Lenker verursachte Frontalkollision zwischen zwei Personenwagen gehandelt. Die dabei am Fahrzeug, in welchem sich die Versicherte als vorne rechts sitzende Beifahrerin befunden habe, entstandenen Schäden wärden in der Klassifikation nach Danner der Kategorie III entsprechen (schwere Verformungen des ganzen Vorderwagens, mässige Verformungen im Fahrzeuginnenraum, Abmessungen im Dachbereich weitgehend unverändert, Innenraumschäden an Seitenflächchen, Armaturentafel, Fussraum) und liessen auf eine Equivalent Test Speed ETS von 40 bis 45 km/h schliessen. Der fotografisch dokumentierte Links-Offset habe für die Explorandin in Rechtsposition zu einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung Delta-v von rund 20 bis 25 km/h geführt. In Ermangelung einer schadendynamischen Expertise stelle diese biomechanische Rekonstruktion jedoch lediglich eine Annäherung dar. Aus der technischen Fahrzeugbewertung sei nachgewiesen, dass die Explorandin eine 3-Punkte-Sicherheitsgurte getragen habe und zudem der Airbag auf ihrer Seite ausgelöst worden sei. Damit könne eine strukturelle Verletzung der Halswirbelsäule mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden und auch eine funktionale Verletzung werde unwahrscheinlich, denn diese Rückhaltesysteme verhinderten einen Beschleunigungsmechanismus und die daraus erfolgende distorsionelle Verletzung. Die zwei Tage nach dem Ereignis von Dr. C. festgestellten schmerzhaften muskulären Verspannungen im Nacken- und Lendenwirbelsäulenbereich sowie Becken mässen als erlebnisreaktive Erscheinung interpretiert werden. Insbesondere die Lendenwirbelsäule unterliege bei einer automobilistischen Frontalkollision im niedrigen bis mittelhohen Geschwindigkeitsbereich keiner unphysiologischen Belastung. Solche erlebnisreaktiven muskulären Verspannungen bildeten sich erfahrungsgemäss innert höchstens zwei Wochen zurück und dieser Zeitpunkt korreliere mit der psychischen Verarbeitung des Geschehens (Urk. 12/M28 S. 21 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter führten die Gutachter aus, unfallmedizinisch lasse sich nicht erklären, weshalb es in der Folge nicht zu einer Reintegration der Explorandin ins Berufsleben gekommen sei. Die in den Arztberichten seither unverändert festgehaltenen Schmerzerscheinungen in der Nacken- und Schultermuskulatur entbehrten eines plausiblen pathologisch-anatomischen unfallbedingten Substrats. Die vorübergehende Wiederaufnahme der Berufsarbeit durch die Versicherte sei kurzzeitig geblieben und nach dem Wechsel der behandelnden Instanz im Frühjahr 2004 sei dann ein lumbospondylogenes Syndrom im Vordergrund des Beschwerdebildes gestanden; dieses sei unter allen Aspekten nicht als Folge der Frontalkollision vom 16. August 2003 zu bewerten. Es gelte dabei auch zu berücksichtigen, dass muskulogene Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in den Hinterkopf einen Bevölkerungsquerschnitt betreffen und in diesem Kollektiv würden Unverletzte weitgehend überwiegen. Auch ein fast dreiwöchiger Rehabilitationsaufenthalt im September 2004 sei bezüglich der subjektiv vorgebrachten Beschwerden erfolglos geblieben. Die dort erhobenen Diagnosen des chronischen posttraumatischen vertebrale Schmerzsyndroms nach Autounfall im August 2003 sowie eines depressiven Stimmungsbildes liessen sich in der Retrospektive nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich-kausal dem Unfallereignis vom 16. August 2003 zuschreiben, zumal ein Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung geäussert, die Versicherte in der Folge ausschliesslich psychiatrisch behandelt worden sei und man in der Psychiatrischen Universitätsklinik H. im März 2005 - weiterhin bei Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - das psychische Erscheinungsbild mit Erinnerungen an den Krieg im Kosovo und Reaktivierung dieser Erlebnisse verknüpfte

habe (Urk. 12/M28 S. 22 f.).

Im Gutachten wird darauf hingewiesen, dass sich bei der eingehenden fachneurologischen Abklärung durch Dr. B.____ keine neurologischen Auffälle ergeben hätten und es sich bei der am 5. Juli 2005 computertomographisch festgestellten diskreten medialen Vorwölbung der lumbosakralen Bandscheibe bei fehlender peripher-neurologischer Auswirkung um einen bildgebenden Zufallsbefund handle (Urk. 12/M28 S. 23). Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Abklärung erhobenen chirurgisch-orthopädischen und rheumatologischen Befunde bewegten sich im Rahmen eines chronischen tendomyotischen Cervikalsyndroms, welches in der Erwachsenenpopulation weit verbreitet gefunden werde. Die von der Explorandin angeführten subjektiven Beschwerden liessen sich mit den objektiven Befunden nicht erklären und seien nicht überwiegend wahrscheinlich dem Strassenverkehrsunfall vom 16. August 2003 zuzuordnen. Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung vom 20. Dezember 2005 habe aufgezeigt, dass sekundäre Motive, nämlich vermehrte Zuwendung und Aufmerksamkeit durch das soziale Umfeld, erheblich bei der Symptomdarlegung mitspielten. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor und die durch DSM IV und ICD-10 geforderten Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht erfüllt; vielmehr habe die Versicherte den Verlust ihrer Familienangehörigen in den kriegerischen Auseinandersetzungen von 1998 recht gut verarbeitet und es bestehe auch kein Hinweis darauf, dass die Frontalkollision vom 16. August 2003 zu einer entsprechenden Symptomatik geführt hätte. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass bei der Explorandin weder aus orthopädisch-chirurgischer, noch aus rheumatologischer oder psychiatrischer Sicht objektivierbare Folgen des versicherten Ereignisses vom 16. August 2003 vorliegen würden, welche eine Arbeitsunfähigkeit in der vorherigen Tätigkeit als Küchenhilfe mit einem Pensum von 50 % rechtfertigen oder einen Integritätsschaden von Erheblichkeit nach sich ziehen würden (Urk. 12/M28 S. 23 f.).

E. 3.3

3.3.1 Aus den zitierten Arztberichten und Ergebnissen der von der Begutachtungsstelle A.____ getätigten somatischen Abklärungen ergibt sich, dass den noch geklagten Beschwerden kein hinreichendes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Mehrere bildgebende Abklärungen zeigten keine traumatisch bedingten Läsionen, insbesondere bezüglich der computertomographisch erhobenen diskreten medialen Vorwölbung der lumbosakralen Bandscheibe fällt eine unfallmässige Verursachung von vornherein ausser Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2009, 8C_412/2009, Erw. 3 mit Hinweisen). Was die klinisch festgestellten Bewegungseinschränkungen, Druckdolenzen und Muskulaturveränderungen (vgl. etwa Urk. 12/M9, 12/M13, 12/M23) betrifft, vermögen diese nach höchststrichterlicher Rechtsprechung kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4; Urteile der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 4. Juli 2007 in Sachen M., U 354/06, Erw. 7.2, vom 25. Juli 2007 in Sachen O., U 328/06, Erw. 5.2 sowie vom 6. Mai 2008 in Sachen V., 8C_369/2007, Erw. 3).

3.3.2 Ob die noch vorhandenen, organisch nicht hinreichend erklärbaren Beeinträchtigungen in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen und ob die entsprechenden Schlussfolgerungen der Gutachter zu überzeugen vermögen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei

und suchte erst zwei Tage nach dem Unfallereignis einen Arzt auf (vgl. Urk. 11/1 und 12/M1). Da die physiotherapeutische und chiropraktische Behandlung bereits im Januar 2004 abgebrochen worden war, kann von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung nicht die Rede sein. Nach einer ersten Besserung der Beschwerden konnte die Arbeit im November 2003 vorübergehend wieder aufgenommen werden (Urk. 12/M3 in Verbindung mit Urk. 12/M6). Die weiteren Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sind ebenfalls nicht erfüllt. Ob die Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit gegeben sind, kann offengelassen werden, da diese allein die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den noch vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 16. August 2003 nicht zu begründen vermöchten, was im übrigen auch dann gilt, wenn die bisherigen - in BGE 134 V 109 nun präzisierten - adäquanzrelevanten Kriterien zur Anwendung gelangten.

3.3.4 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mangels adäquatem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis über den 28. Februar 2006 hinaus nicht leistungspflichtig. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard
- Fürsprecher René W. Schleifer
- Bundesamt für Gesundheit
- '___'

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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