

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00335

vom 10. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00335

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00335 du 10 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00335 del 10 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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 begründet erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.3.2 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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 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 Eindrücklichkeit 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 Bundesgericht 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 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 2

2.1. Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z. ____, wo die Beschwerdeführerin nach dem Unfall bis am 4. März 2008 hospitalisiert war, diagnostizierten mit Bericht vom 4. März 2008 (Urk. 11/11) eine Commotio cerebri sowie eine HWS-Distorsion. Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe über einen Kopfanprall an der Nackenstütze, Bewusstseinsverlust sowie eine anterograde Amnesie für die Ereignisse wenige Minuten nach dem Unfall geklagt sowie hernach über Schmerzen im HWS-Bereich, Kopfschmerzen, Schwindel und isolierte Kribbelparästhesien der Fingerspitzen. Die angefertigten Röntgenbilder zeigten keine direkten oder indirekten Zeichen einer Fraktur oder einer Traumafolge. Nach einer unauffälligen 24-stündigen GCS (Glasgow Coma Scale) - Überwachung sowie physiotherapeutischer Anleitung zur Mobilisation der HWS wurde die Beschwerdeführerin nach vier Tagen entlassen.

2.2. Im Rahmen der am 28. März 2008 (Urk. 11/14.2) durchgeführten MRT-Untersuchungen des Schädels sowie der HWS zeigten sich unauffällige Befunde ohne Hinweis auf eine discoligamentäre Verletzung oder eine ossäre Läsion.

2.3. Im Bericht vom 4. Juni 2008 (Urk. 11/44) über das ambulante Assessment vom 21. Mai 2008 stellten die Ärzte der Rehaklinik A. ____, eine verhaltene Prognose und thematisierten - bei ausgeprägter Beschwerdeproblematik (Schwindel, Kopfweh, Kribbeln in beiden Händen, Angstproblematik, Rückenschmerzen) - eine stationäre Rehabilitation.

2.4. Am 11. November 2008 (Urk. 11/94) berichtete lic. phil. B. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, über ihre Untersuchung vom 6. November 2008. Sie beurteilte das kognitiv-psychische Leistungspotential als recht gut und fand keine Hinweise auf spezifisch neuropsychologische Störungen. Weiter führte sie aus, beim aktuell nach wie vor recht dominierenden Schmerzerleben und bei der auch beobachtbaren depressiven Symptomatik sei die allgemeine psychomentale Dauerbelastbarkeit herabgesetzt, was mit Konzentrationsschwankungen einhergehe (S. 4 f.).

2.5. Dr. med. C. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, berichtete am 20. November 2008 (Urk. 11/102) über ihre Untersuchung vom 17. November 2008 und diagnostizierte ein linksbetontes zervikozephalales und -brachiales Schmerzsyndrom, unspezifische Trümmelbeschwerden sowie eine Konzentrations- und Gedächtnisschwäche im Rahmen von Schmerzen (S. 1). Sie führte aus, der sonstige neurologische Untersuchungsbefund sei normal gewesen, fokale neurologische Ausfälle hätten sich nicht finden lassen. Zusammen mit dem normal ausgefallenen Kernspintomogramm von Schädel und HWS sowie der neuropsychologischen Untersuchung bestanden keine Hinweise für eine strukturelle Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems (S. 2).

2.6. Dr. med. D. ____, Allgemeinmedizin FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit dem 6. März 2008 behandelt, berichtete am 23. Dezember 2008 (Urk. 11/116/2) und verwies auf nach wie vor bestehende Beschwerden im Sinne von Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kribbelparästhesien, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Wiedererleben des Unfalls, Nervosität, Lärm-Überempfindlichkeit und Stressintoleranz (S. 1). Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall - bei Angewöhnung ab 9. Juni

2008 - und verwies auf einen Arbeitsversuch zu 50 % ab 1. Januar 2009, wobei die Arbeit (am Mikroskop) wegen der stereotypen Fehllhaltung der HWS nicht geeignet sei, der Arbeitgeber indessen eine andere leichte Arbeit zuweisen könne (S. 2).

2.7 Am 6. August 2009 (Urk. 11/183) berichtete Kreisarzt Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, über seine Untersuchung vom 4. August 2009. Er verneinte das Vorliegen von ossären Läsionen und sah die geklagten tiefthorakalen Beschwerden im Rahmen der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin. Sodann verwies er auf eine kürzlich stattgehabte Migraine accompagnée, welche er jedoch - aufgrund des zeitlichen Abstandes - nicht im Zusammenhang mit dem Unfall sah (S. 4). Er erwähnte sodann eine depressive Verstimmung bei Verlust der Arbeit mit Freistellung sowie Abort einer Fröhschwangerschaft (S. 5 oben).

Dr. E. ____, empfahl den Aufbau der Kondition sowie die dannzumalige Einstellung der somatischen Behandlung und erwartete keine bleibenden Residuen. Er ging weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (S. 5).

2.8 Die Ärzte des Universitätsspitals F. ____, (F. ____) berichteten am 8. Oktober 2009 (Urk. 11/205) über das ambulante Arbeitsassessment vom 2., 8., 9. und 16. September 2009 (S. 1) und stellten folgende Diagnose (S. 2):

- chronisches zervikalbetontes Panvertebralsyndrom
- nach Heckauffahrunfall mit HWS-Distorsion
- mit im Vordergrund stehender zervikozephaler und zervikobrachialer sowie lumbovertebraler Komponente
- mit Konzentrations- und Gedächtnisstörung im Rahmen von Schmerzen ohne Hinweise für neuropsychologische Störungen
- bei Wirbelsäulenfehlhaltung, muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
- chronische Kopfschmerzen, wahrscheinlich multifaktoriell
- beginnend ab Unfall
- mit zervikozephaler Komponente, zeitweise migräniform
- mit möglicherweise medikamentös induzierter Komponente
- Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung

Die Ärzte befanden das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen als mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur zum Teil erklärbar. Infolge erheblicher Selbstlimitierung und Inkonsistenz waren die Resultate von ergonomischen Tests nur teilweise verwertbar. Die bisherige (gekündigte) Stelle in der Laser Chip Produktion erachteten die Ärzte als vollzeitlich zumutbar, ebenso wie jede andere leichte Arbeit (S. 3). Dies bei einem Einstieg zu 50 % mit schrittweiser Steigerung innerhalb von drei Monaten (S. 4).

In therapeutischer Hinsicht wurde eine ambulante Physiotherapie samt Schmerzaufklärung sowie die Weiterführung der Psychotherapie empfohlen (S. 4).

2.9. Die seit 28. Oktober 2008 behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 28. Dezember 2009 (Urk. 11/212) eine posttraumatische Belastungsstörung und führte aus, die Beschwerdeführerin habe den Autounfall subjektiv als lebensbedrohliches Ereignis erlebt. Noch immer leide sie unter Alpträumen und erheblichen Schlafstörungen, Verspannungen, Kopfschmerzen und Schmerzen im Nacken-Schulterbereich sowie Rücken. Bloss an den Unfall zu denken überschwemme sie mit Ängsten, Aufregung und Traurigkeit. Sie klage über eine vor dem Unfall nicht gekannte innere Unruhe, leichte Reizbarkeit, geringe Belastbarkeit und Erschöpfungszustände sowie eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit. Die Vorstellung, dass sich ihre Gesundheit nie wieder verbessern könnte, versetze sie in grosse Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit und wecke in ihr lähmende Ängste (S. 1 f.). Dr. G.____ ging von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (S. 2).

2.10. Med. pract. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Beschwerdegegnerin, berichtete am 22. Januar 2010 (Urk. 11/216) über seine Untersuchung vom 18. Januar 2010. Er schilderte neben einer deprimiert-heruntergesteuerten Grundstimmung eine Labilisierung der Affekte und eine grosse Verunsicherung sowie Ratlosigkeit hinsichtlich der zwar gebesserten, aber immer noch fluktuierend vorhandenen körperlichen Beschwerden und Schmerzen. Angaben über durchschnittlich etwa einmal pro Woche auftretende Alpträume, aus welchen die Beschwerdeführerin verängstigt und schweissgebadet aufschrecke, sowie sporadische Filmsequenzen wiesen auf eine gewisse psychotraumatologische Begleitsymptomatik hin. Ein Vermeidungsverhalten werde nicht fassbar, die Beschwerdeführerin fahre seit einigen Monaten nach dem Unfall wieder Auto, sodass insgesamt nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen werden könne (S. 4 unten f.). Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass traumatisches Erleben immer subjektiv sei, könne die Frage rückblickend nicht schlüssig beantwortet werden, ob und bis zu welchem Zeitpunkt ein bei der Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis zweifellos vorhandenes trauma- beziehungsweise psychoreaktives Leiden in Art und Ausmass wirklich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprochen habe.

Med. pract. H.____ diagnostizierte eine erhebliche Anpassungsstörung mit protrahierter depressiver Reaktion, Verunsicherung, Ängsten und isolierten psychotraumatologischen Symptomen. Wegen der zeitlichen Dauer des Störungsbildes erwähnte er differenzialdiagnostisch eine Dysthymie sowie eine gemischte Angst- und depressive Störung, beides im Sinne einer protrahiert verlaufenden Anpassungsstörung (S. 5 unten). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und erachtete eine Steigerbarkeit als von der Art der zu findenden Arbeitstätigkeit abhängig. Angesichts des noch jungen Alters und dem Wunsch der Beschwerdeführerin, auch künftig ausserhalb des familiären Haushaltes berufstätig zu sein, sei eine Unterstützung bei der Arbeitssuche ebenso zu empfehlen wie die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (S. 6).

E. 3

3.1. Bei unbestrittenem und offenkundigem Vorliegen der natürlichen Kausalität ist im Rahmen der Adäquanzprüfung vorweg festzuhalten, dass die noch geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat

zuzuordnen sind. Dies stellte denn auch die Beschwerdeführerin nicht in Frage.

3.2. So konnten bereits die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z. nach Einsichtnahme in die angefertigten Röntgenbilder das Vorliegen von Frakturen oder Traumafolgen ausschliessen (E. 2.1). Auch die im Folgemonat erstellten MRT-Bilder zeigten durchwegs unauffällige Befunde ohne Hinweise auf eine discoligamentäre Verletzung oder eine ossäre Läsion (E. 2.2). Nachdem auch eine neuropsychologische sowie neurologische Untersuchung unauffällige Resultate gezeigt hatten (E. 2.4 und E. 2.5) und der Hausarzt keine organische Pathologie erwähnt hatte (E. 2.6), bestätigte der Kreisarzt das Fehlen von Residuen (E. 2.7). Auch die Ärzte des F. verwiesen in objektivierbarer Hinsicht einzig auf Wirbelsäulenfehlhaltung, muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz (E. 2.8).

3.3. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Aktenlage keine organische Schädigung aufgrund der Unfälle ausgewiesen ist.

4. Die Parteien gingen übereinstimmend von der Anwendbarkeit der Schleudertraumapraxis gemäss BGE 134 V 109 zur Prüfung der Adäquanz aus (Urk. 2 S. 4 und Urk. 1 S. 7).

Angesichts der sich seit dem Unfall manifestierenden psychischen Problematik wäre durchaus auch die Anwendbarkeit der Psycho-Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 in Erwägung zu ziehen. Indessen können - bei nicht eindeutigen Verhältnissen - praxisgemäss die Kriterien herangezogen werden, wie sie für Schleudertraumaverletzungen entwickelt wurden, sind doch diese für die Versicherten grundsätzlich günstiger als diejenigen für psychische Unfallfolgen, womit nicht abschliessend zu entscheiden ist, ob von einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_1022/2008 vom 30. Juli 2009 E. 5.1).

E. 5

5.1. Die Parteien gingen übereinstimmend von einem mittelschweren Unfall aus, wobei ihn die Beschwerdegegnerin im Grenzbereich zu den leichten sah (Urk. 2 S. 5 lit. b), was die Beschwerdeführerin bestritt (Urk. 1 S. 8).

5.2. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfallige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2, 3 und 4/07, E. 5.2 und 5.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_536/2007 vom 11. Juni 2008, E. 6.1). Das Bundesgericht stuft Auffahrunfälle vor einem Rotlicht praxisgemäss als mittelschwer mit Tendenz gegen leicht ein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, U 287/04 vom 17. März 2006 E. 10).

5.3. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 29. Februar 2008 ihren Wagen abbremste, da ein vor ihr befindliches Fahrzeug vor einem Fussgängerstreifen anhielt, um Fussgänger passieren zu lassen. In der Folge fuhr ein von hinten kommendes Fahrzeug auf und schob sie in das vor ihr stehende Fahrzeug (Urk. 11/1, Urk. 11/12/1 und Urk. 11/27 S. 5 ff.).

Im Rahmen einer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 19. Januar 2009 (Urk. 11/122) errechnete dipl. Ing. FH I., Unfallanalytiker der , eine Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin zwischen 15.1 und 19.4 km/h beim ersten sowie zwischen 12.4 und 16.4 km/h beim zweiten Aufprall (S. 1 und

S. 10).

5.4 Angesichts des Geschehensablaufs, der dokumentierten Schäden am Fahrzeug und der festgestellten Geschwindigkeitsänderungen des Fahrzeugs rechtfertigt sich vorliegend die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten. Namentlich besteht unter Berücksichtigung der Praxis des Bundesgerichtes kein Raum für die Annahme einer Qualifikation des Unfalls als im mittelschweren Bereich der mittleren Unfälle liegend (vgl. auch die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgericht zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.).

Damit müssen für die Bejahung der adäquaten Kausalität praxistemässig - sofern keines in ausgeprägter Form vorhanden ist - mindestens vier Kriterien gegeben sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E. 5.8). Die Prüfung der Kriterien entspricht einer Rechtsfrage, weshalb ergänzende medizinische Abklärungen (vgl. den entsprechenden Antrag der Beschwerdeführerin, Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) hierzu nichts beitragen können.

E. 6

6.1 Weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind vorliegend ersichtlich. Zu urteilen ist hiebei objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der Versicherten (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen). Der Verkehrsunfall vom 29. Februar 2008 entspricht einem häufig anzutreffenden Vorkommnis und die eruierten Geschwindigkeitsänderungen sprechen auch gegen eine besondere Eindringlichkeit. Mithin ist kein unüblicher Schrecken der Beschwerdeführerin zu erkennen, und es waren keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung des Kriteriums gestatten würden.

6.2 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Verkehrsunfall keine schweren oder besonders gelagerten Verletzungen. Im Gegenteil ergaben die nach dem Unfall erhobenen Befunde keine relevanten Befunde, was denn auch die Beschwerdeführerin selber nicht behauptete (Urk. 1 S. 8).

6.3 Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und bloss ärztliche Kontrollen sind im Rahmen des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fanden nebst medikamentöser Schmerzbehandlung eine psychiatrische Therapie sowie Physiotherapie statt. Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

6.4 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden kann, wenn auch nicht in ausgeprägter Form, als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin klagte durchwegs über Nacken- und Kopfschmerzen und entwickelte psychische Störungen. Indessen finden sich in den Akten auch Hinweise auf eine Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin (E. 2.8) und war es ihr ohne weiteres möglich, wieder Auto zu fahren (E. 2.10) und nach Pakistan in die Ferien zu reisen (Urk. 11/153).

6.5. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. Im Gegenteil wurde die Beschwerdeführerin jederzeit adäquat behandelt, an jeweilige Spezialisten überwiesen und umfassend medizinisch betreut.

6.6. Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile des Bundesgerichts 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.7 und 8C_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8.6). Solche Gründe bestehen hier nach Lage der Akten nicht. Mithin ergaben sich keine Komplikationen, sondern bestand die Hauptschwierigkeit in der Etablierung der psychischen Problematik. Dies entspricht aber keiner Komplikation im Rahmen des Heilungsablaufs, sondern einer eigenständigen Problematik.

6.7. Zur erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin schon bald wieder zu 50 % arbeitsfähig geschrieben wurde und ab Juni 2008 entsprechende Arbeitsversuche tätigte (Urk. 11/58, Urk. 11/62 und Urk. 11/80). In der Folge wurde sie am 16. März 2009 seitens der Arbeitgeberin verwarnt, da sie die Arbeitszeiten von drei bis vier Stunden an drei Tagen die Woche nicht einhielt (Urk. 11/143). Anschliessend arbeitete sie zu 50 % (Urk. 11/156). In der Folge blieb die Beschwerdeführerin der Arbeit wiederum fern (Urk. 11/172), worauf sie am 7. Juli 2009 per sofort freigestellt und per 30. September 2009 gekündigt wurde (Urk. 11/198).

6.8. Aus diesem Geschehensablauf ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin wohl mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatte und nie vollständig arbeitsfähig wurde, indessen über längere Dauer im Umfang von 50 % wieder an ihre Arbeitsstelle zurückkehrte. Nach der Entlassung war sie arbeitslos und konnte die (Rest-)Arbeitsfähigkeit nicht mehr unter Beweis stellen. Indessen sind auch sonstige Bemerkungen der Beschwerdeführerin nicht ersichtlich.

6.8. Damit steht fest, dass keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt, und höchstens die Kriterien der erheblichen Beschwerden sowie allenfalls der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, wenn auch knapp, als erfüllt erachtet werden könnten. Damit sind die Kriterien nicht in gehäuft Weise gegeben, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 29. Februar 2008 und den über den 1. April 2010 hinaus geklagten, organisch nicht im Sinne der Rechtsprechung hinreichend nachweisbaren sowie der psychischen Beschwerden zu verneinen ist.

6.9. Somit erweist sich die Leistungseinstellung auf dieses Datum hin grundsätzlich als rechtens. Der Umstand, dass der Beschwerdeführerin mittlerweile eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde (Urk. 15), ändert an diesem Ergebnis nichts, sind doch im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung unfallkausale Adäquanzüberlegungen ohne jede Relevanz und decken die beiden Versicherungen nicht die identischen Risiken ab.

E. 7

7.1. Zum von der Beschwerdeführerin - unter dem Hinweis auf die noch nicht abgeschlossene Heilbehandlung und die Erwartung einer wesentlichen Besserung der

Arbeitsfähigkeit - monierten Zeitpunkt der Adäquanzprüfung (Urk. 1 S. 3 ff. Ziff. 2) ist Folgendes festzuhalten:

7.2 Bei der Adäquanz handelt es sich um eine Rechtsfrage nebst anderen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Prüfung der Leistungsansprüche. Zu fragen ist nicht danach, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden darf, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen hat (BGE 134 V 109 E. 3.2 S. 113).

Die Antwort auf diese Frage jedoch hängt bei Gesundheitsbeeinträchtigungen ohne organisches Korrelat auch davon ab, ob in einem bestimmten Zeitpunkt noch unfallkausale Beschwerden vorliegen, also solche, die in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall stehen.

7.3 Die Adäquanzprüfung hat - als Vorfrage zu einem allfälligen Fallabschluss - nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen. Unterlässt der Unfallversicherer eine rechtzeitige Adäquanzprüfung und erbringt stattdessen weitere Leistungen, trägt er möglicherweise selber dazu bei, dass es zu einer Chronifizierung der Beschwerden und einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt (Urteil des EVG, U 488/05 vom 20. Oktober 2006 E. 3.2.4).

Es ist mit anderen Worten im Hinblick auf den allfälligen Fallabschluss zuerst zu prüfen, ob noch vorhandene Beschwerden als unfallkausal zu werten sind, und sodann, ob diesbezüglich der medizinische Endzustand erreicht ist. Die Adäquanz ist mithin in dem Zeitpunkt zu prüfen, in welchem der Heilungsprozess normalerweise abgeschlossen sein müsste und sich deshalb die Frage der Unfallkausalität allfällig noch vorhandener Beschwerden stellt.

Würde man schematisch den vollständigen Abschluss der medizinischen Behandlung zur Vorbedingung für die Zulässigkeit der Adäquanzprüfung machen, so hätte dies zur Folge, dass der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung und damit der Fallabschluss - theoretisch unendlich - hinausgeschoben würde, und zwar wegen einer noch bestehenden Behandlungsbedürftigkeit von Beschwerden, die sich, wäre die Adäquanz geprüft worden, als gar nicht unfallkausal erwiesen hätten.

7.4 Gleiches ergibt sich aus der publizierten Rechtsprechung, so der Präzisierung des Bundesgerichts, es werde sich die vorausgesetzte namhafte Besserung des Gesundheitszustandes namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 114 f.). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall ist der Zeitpunkt für den Fallabschluss massgebend, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

7.5 Der von der Beschwerdeführerin eingenommene Standpunkt geht an dieser unmissverständlichen Rechtslage vollständig vorbei. Sie machte geltend, gemäss den psychiatrischen Einschätzungen sei bezüglich der psychischen Beschwerden der medizinische Endzustand noch nicht erreicht, weshalb die Beschwerdegegnerin weiterhin leistungspflichtig sei. Die Feststellung im ersten Teil ist richtig, die Schlussfolgerung im

zweiten Teil hingegen unzutreffend. Die vorstehend vorgenommene Adäquanzprüfung hat ergeben, dass die (einzig noch zur Debatte stehenden) nicht objektivierbaren Schmerzen sowie die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal sind. Dementsprechend ist es für die Frage der Leistungspflicht irrelevant, ob diesbezüglich noch erfolgversprechende therapeutische Optionen bestehen.

Andere Beschwerden, die in rechtsgemäßigem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehen, sind nicht ersichtlich und wurden auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Insoweit kann auch kein Behandlungsbedarf mehr bestehen, womit diesbezüglich der medizinische Endzustand zweifellos erreicht ist.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass - unbeschadet aller möglicher therapeutischer Optionen bezüglich der nicht unfallkausalen Beschwerden - bezüglich unfallkausaler Beschwerden der medizinische Endzustand erreicht ist. Damit durfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung vornehmen, weshalb es - bei Verneinung der adäquaten Kausalität (E. 6) - mit der Feststellung sein Bewenden hat, dass sich der angefochtene Einspracheentscheid als in allen Teilen rechtens erweist, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski
 - Rechtsanwältin Barbara Klett
 - Bundesamt für Gesundheit

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.