

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00283 vom 19. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00283](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00283)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00283 du 19 juin 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00283 del 19 giugno 2013

## Erwägungen

### E. 2

2.1???? Streitig ist, ob f?r die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung (28. Februar 2011) ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in nat?rlich und ad?quat kausaler Weise auf den Unfall vom 4. Juli 2006 zur?ckzuf?hren ist.

### E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte die ad?quate Unfallkausalit?t der weiterbestehenden Beschwerden, insbesondere der Kopf- und Nackenschmerzen sowie des Tinnitus, per 28. Februar 2011, f?r welche nach ihrer Ansicht kein unfallbedingtes organisches Substrat objektiviert werden konnte (Urk. 2 S. 6 f., Urk. 8).

### E. 2.3

Die Beschwerdef?hrerin macht zun?chst geltend, dass vorliegend nicht vom Fehlen von organischen Befunden ausgegangen werden k?nne, weshalb der Ad?quanzbeurteilung keine gesonderte Stellung zukomme. Dabei verweist sie insbesondere auf das Gutachten der Reha B.\_\_\_\_. Zudem bringt die Beschwerdef?hrerin vor, dass selbst wenn die Schleudertrauma-Rechtsprechung anwendbar w?re, die Ad?quanz bejaht werden m?sste (Urk. 1).

### E. 3

3.1???? Nach dem Auffahrunfall vom 4. Juli 2006 diagnostizierte der erstbehandelnde Dr. A.\_\_\_\_ am Unfalltag ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma Grad III (vgl. Berichte des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_, Urk. 10/3, 10/4).

3.2???? Der behandelnde Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt f?r Innere Medizin, berichtete am 16. November 2007, im Rahmen des erlittenen craniozervikalen Beschleunigungstraumas mit HWS-Distorsion habe initial ein ausgepr?gtes rechtsbetontes zervikozepales Syndrom sowie eine Schulterperiarthropathie rechts mit leichter Zerrung des Plexus brachialis rechts sowie wahrscheinlich traumatischem Abriss des Limbus ventral bestanden. Durch medikament?se und physikalisch-physiotherapeutische Behandlungen habe zwischenzeitlich eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes erreicht werden k?nnen. Insbesondere h?tten sich bis heute die rechtsseitigen Schulterbeschwerden weitgehend zur?ckgebildet. Zur Zeit persistiere noch ein deutlich rechtsbetontes Zervikalsyndrom mit allseits um ungef?hr einen Drittel herabgesetzter Funktionalit?t der HWS mit segmentalen Dysfunktionen (Urk. 10/38).

3.3???? Die ?rzte der Reha B.\_\_\_\_ (Dres. med. Prof. D.\_\_\_\_, Chefarzt, E.\_\_\_\_, Oberarzt, und F.\_\_\_\_, Abteilungs?rztin, stellten in ihrem polydisziplin?ren Gutachten vom 9. M?rz 2009

(samt Elektroneuromyographie vom 28. Oktober 2008 [Urk. 10/48] und Psychiatrischem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt f?r Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. November 2008 [Urk. 10/49]) folgende Diagnosen (Urk. 10/52 S. 13 bzw. 16):

- St. n. Verkehrsunfall vom 04.07.06 mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion
- persistierendes zervikozepales Syndrom rechtsbetont
- persistierendes Zervikobrachialsyndrom rechts bei wahrscheinlich traumatischem Abriss des Limbus ventral (Arthro-MRI rechte Schulter 03.08.06)
- leichte Zerrung des Plexus brachialis rechts [S. 16]
- beginnende Frozen shoulder rechts [S. 16]
- minimale (beziehungsweise leichte [S. 16]) neuropsychologische Funktionsst?rungen
- arterielle Hypertonie, ED 2007
- Diabetes mellitus Typ II (ED 2007)
- aktuell di?tisch eingestellt
- Hypercholesterin?mie
- Nikotinabusus

Sodann wurden folgende psychiatrischen Diagnosen angegeben:

- anhaltend somatoforme Schmerzst?rung mit somatisch und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4 respektive DSM IV 307.89)
- rezidivierende depressive St?rungen leichten bis mittleren Grades, verbunden teilweise mit Suizidgedanken, derzeit remittiert, ohne antidepressive Behandlung (ICD-10 F33.01-1)
- akzentuierte Pers?nlichkeitsst?rung vom selbstunsicheren, eher masochistischen, sich ?beranpassenden, vermeidenden Typ ICD-10 Z73.1 bei multiplen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend

???????? Zur Kausalit?t erkl?rten die Gutachter (S. 16 f.), der urs?chliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und den festgestellten gesundheitlichen Beeintr?chtigungen sei ?berwiegend wahrscheinlich und es w?rden keine unfallfremden Ursachen mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit mitwirken.

???????? Anamnestisch wurde festgehalten (S. 7), dass seit ungef?hr Januar/Februar 2008 neu ein Tinnitus bestehe. In Bezug auf die obere Extremit?t (?Rheumatologisch-orthop?discher Status?, S. 9) wurde eine rechtsseitig endgradig verlangsamte beziehungsweise erschwerte aktive Beweglichkeit im Schultergelenk angegebenen, ansonsten bestehe eine freie Beweglichkeit der grossen Extremit?tengelenke.

???????? In ihrer zusammenfassenden Beurteilung f?hrten die Gutachter aus (S. 13 ff.), die klinische Untersuchung zeige eine rechtsbetont tonisierte Nacken- und Schulterg?rtelmuskulatur mit multiplen Triggerpunkten vor allem in den Bereichen M. supraspinatus und M. trapezius pars descendens rechts mit myofaszial ausgel?sten Dys?thesien und Par?thesien beziehungsweise referred pain in den Oberarm rechts. Die Beweglichkeit der HWS sei m?ssig eingeschr?nkt gewesen. Die Befunde und funktionellen Einschr?nkungen w?rden in konsistenter Weise mit den von der Beschwerdef?hrerin

angegebenen Schmerzsymptomen korrelieren und damit das organische Korrelat dazu bilden. Der von der Beschwerdeführerin angegebene Tinnitus sei eine häufige Folge einer hochzervikalen Distorsion, wie sie bei der Beschwerdeführerin erfolgt sei. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Schmerzen und Parästhesien sowie der Tinnitus mit der dadurch bedingten Schlafstörung seien klinisch relevant. Der neurologische und elektromyographische Befund ergebe weiterhin keine Hinweise für eine Radikulopathie oder eine relevante Plexusläsion als Ursache der anhaltenden Beschwerden im rechten Arm (vgl. auch Urk. 10/48). Auf neuropsychologischer Ebene (vgl. Bericht von dipl. psych. H. \_\_\_ vom 31. Oktober 2008 [Urk. 10/50]) hätten sich eine leicht reduzierte Kapazität des Kurzzeitspeichers sowie diskrete Schwächen bei der kognitiven Flexibilität gezeigt, welche zum Teil durch die aktuell reduzierte Belastbarkeit sowie durch eine beschwerdebedingte mentale Dekonditionierung zu erklären seien. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine rezidivierende depressive Störung leichten bis mittleren Grades gefunden worden. Aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich für eine angepasste Tätigkeit keine durchgehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Bei der durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe die demonstrierte funktionelle Leistungsfähigkeit unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit gelegen. Die Beschwerdeführerin könne die bisherige Arbeit als Kantinemitarbeiterin nur eingeschränkt bewältigen. Möge bereite ihr das Hantieren von Lasten über 7,5 kg sowie Arbeiten in vorgeneigter Haltung, Hocke oder gebückte Stellung (Zwangspositionen). Seit dem Unfall sei es der Beschwerdeführerin wegen anhaltender Beschwerden mit schmerzbedingten Funktionseinschränkungen nicht gelungen, sich dauerhaft beruflich zu reintegrieren. Sie sei aber eindeutig darum bemüht gewesen. Über den Case-Manager habe die Beschwerdeführerin zwischen Mai und Juni 2007 ein Arbeitstraining bei der I. \_\_\_ AG durchgeführt, wobei es sich um Büroarbeiten gehandelt habe. Zudem sei ein Arbeitsversuch bei J. \_\_\_ in K. \_\_\_ über ungefähr 9 Monate von Sommer 2007 bis März 2008 erfolgt.

??????? Die körperliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Service-Angestellte sei durch die objektivierten myofaszialen Befunde der beschriebenen rechtsseitigen Nacken- und Schultergürtelmuskulatur medizinisch erklärt. Die Symptomangaben der Beschwerdeführerin seien konsistent und würden mit diesem organischen Befund korrelieren. Diese organische medizinische Befundlage sei von der somatoformen psychischen Störung abgrenzbar.

??????? In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin sei im bisherigen Tätigkeitsbereich Y. \_\_\_-Service nicht mehr arbeitsfähig. Dagegen sei ihr eine angepasste, insbesondere körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 7,5 kg in wechselnder Position zu 50 % zumutbar (vgl. auch ergänzende Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_ vom 25. Februar 2010 [Urk. 10/53]).

3.4.4.4 Der Vertrauensarzt der ZÄrich, Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2011 fest, die Unfallkausalität der Frozen shoulder sei zu bejahen. Jedoch sei der Status quo ante am 16. November 2007 erreicht worden, da die Schulter dann weitgehend beschwerdefrei gewesen sei. Auch in der Reha im Herbst 2008 sei eine gute Schulterfunktion angegeben worden. Dagegen sei der Abriss des Limbus nicht auf den Auffahrunfall zurückzuführen. Wenn solch ein Unfall zu einer Limbusverletzung führe, betreffe es in der Regel den hinteren, nicht - wie im

vorliegenden Fall - den vorderen Anteil. Ohnehin habe diese Verletzung nicht die beschriebenen Beschwerden zur Folge. Die anhaltenden Beschwerden im Nacken-, Kopf- und Schulterbereich seien auf das Zervikalsyndrom zurückzuführen (Urk. 10/54).

3.5???? Der behandelnde Rheumatologe Dr. C. \_\_\_ erklärte in seinem (letzten) Bericht vom 28. März 2011 (Urk. 10/56), die Beschwerdeführerin leide in unveränderter Weise an einem persistierenden zervikozephalen Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 4. Juli 2006. Diese Symptomatik habe bisher trotz intensiver Behandlungsbemühungen nicht ausgeheilt werden können, sodass der Vorzustand in keiner Weise erreicht sei. Lediglich die traumatisch bedingten rechtsseitigen Schulterbeschwerden würden heute keine behandlungsbedürftigen Schmerzen mehr verursachen. Seit der polydisziplinären Begutachtung durch die Reha B. \_\_\_ vom 8. März 2009 habe sich keine Änderung im Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mehr eingestellt. Dieses Gutachten würde dem Krankheitsgeschehen absolut gerecht.

#### **E. 4**

4.1???? Da in den medizinischen Akten ein Schleudertrauma der HWS angegeben und zum sogenannten typischen Beschwerdebild gehörende Beschwerden, namentlich Kopf- und Nackenbeschwerden, Schwindel und Übelkeit (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des erstbehandelnden Dr. A. \_\_\_ [Urk. 10/4]), geklagt wurden, ist der anfängliche natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. Juli 2006 und der festgestellten gesundheitlichen Situation nicht auszuschliessen.

In Bezug auf die geltend gemachten weiterbestehenden Beschwerden (insbesondere Kopf- und Nackenbeschwerden) verneinte die Beschwerdegegnerin ein organisches Korrelat, welches auf den Unfall zurückzuführen ist, während die Beschwerdeführerin ein solches unter Verweis auf das Gutachten der Reha B. \_\_\_ bejaht (Urk. 1 S. 4 am Ende).

Rechtsprechungsgemäss sind die von den Gutachtern der Reha B. \_\_\_ insbesondere angeführten myofaszialen Befunde (vgl. Gutachten S. 16 Ziff. 3.1) nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.3 mit Hinweisen). Damit steht fest, dass den noch geklagten Beschwerden kein organisches Korrelat zugrunde liegt, weshalb die Adhärenz nach der einschlägigen Rechtsprechung zu prüfen ist.

4.2???? In Bezug auf die Schulterbeschwerden ist sodann gestützt auf die Angabe des Hausarztes Dr. C. \_\_\_ vom 16. November 2007 (Urk. 10/38) sowie auf seine bestmögliche Stellungnahme vom 28. März 2011 (Urk. 10/56) ein Status quo ante per 16. November 2007 anzunehmen. Damit kann die - von den Ärzten der Reha B. \_\_\_ bejahte (Gutachten S. 13 ?Diagnosen?) und von Dr. L. \_\_\_ verneinte (Urk. 10/54) - Frage, ob der Abriss des Limbus ventral auf ein Trauma zurückzuführen ist, ebenfalls offen gelassen werden.

4.3???? In Bezug auf den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Tinnitus (Urk. 1 S. 3 und 6), der gemäss Gutachten der Ärzte der Reha B. \_\_\_ im Januar/Februar 2008 aufgetreten war (Gutachten S. 7 Mitte, vgl. auch Zwischenbericht der I. \_\_\_ AG, Trainingsarbeitsplätze, vom 20. März 2008 [Urk. 3/6g S. 2]), ist gestützt auf die medizinische Literatur (vgl. SUVA - Medizinische Mitteilungen, Nr. 79, S. 69), welche eine Latenzzeit von wenigen Tagen nennt, festzustellen, dass dieser nicht innert der geforderten Latenzzeit (nach dem Ereignis vom 4. Juli 2006) aufgetreten ist, weshalb er nicht als unfallkausal zu betrachten ist. Zudem wäre der Tinnitus, der nicht nachgewiesenermassen

auf eine organische Unfallfolge zurückgeführt wurde (vgl. einzig: "Der von der Beschwerdeführerin angegebene Tinnitus sei eine häufige Folge einer hochzervikalen Distorsion, wie sie bei der Beschwerdeführerin erfolgt sei", Gutachten S. 13), die gleiche vorerwähnte kausalrechtliche Differenzierung vorzunehmen (gesonderte Prüfung der Adäquanz, vgl. E. 4.1 hiervor; siehe auch BGE 138 V 248).

4.4.4.4. Ob es sich bei den geklagten psychischen Beschwerden um ein eigenständiges, nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführendes Krankheitsbild oder eine psychische Fehlentwicklung nach der schmerzhaft gewordenen degenerativen Veränderung der HWS handelt, oder aber um einen Teilaspekt des Schleudertraumas, welches durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet ist, kann schliesslich ebenfalls offen gelassen werden (vgl. Urk. 1 S. 5), sofern bei Anwendung der für die versicherte Person günstigeren Schleudertrauma-Praxis das gleiche Ergebnis resultiert (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.5.2, siehe Urk. 2 S. 9 Ziff. 6.6).

## **E. 5**

5.1.1.1. Der Fallabschluss darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.1 ff.). Das Erreichen des medizinischen Endzustandes ist gestützt auf die entsprechenden Stellungnahmen der Ärzte der Reha B. \_\_\_\_ zu bejahen (Gutachten S. 17 Ziff. 6.1), weshalb eine Adäquanzprüfung auf den bestimmten Zeitpunkt (28. Februar 2011) nicht zu beanstanden ist.

5.2.2.2. Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nach dem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 134 V 126 E. 10.1). Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall vom 4. Juli 2006, bei welchem ein nachfolgender Personenwagen in das Heck des von ihr gelenkten Personenwagens fuhr, worauf das stehende Fahrzeug der Beschwerdeführerin gegen einen vorderen Personenwagen aufgeschoben wurde (vgl. Polizeirapport vom 14. Juli 2006 [Urk. 9 Rubrik "Amtliche Akten?]), den mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den leichten Unfällen zugerechnet (Urk. 2 S. 10), während die Beschwerdeführerin das Ereignis als mittelschwer (im mittleren Bereich) qualifizierte (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 9). Gemäss der Unfallanalyse der Zürich vom 9. Juli 2007 (S. 6) lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) bei der primären Heckkollision innerhalb des Bereichs von 13,5 bis 18,6 km/h und bei der sekundären Frontalkollision innerhalb von 7,1 bis 9,6 km/h (Urk. 9 Rubrik "Amtliche Akten?"). Mit der fraglichen Kollision - mit einem Delta-v von maximal 18,6 km/h - vergleichbare Auffahrkollisionen (etwa vor einem Fussgängerstreifen [vgl. betreffend Doppelkollisionen mit primärer Heckkollision und sekundärer Frontkollision etwa Urteil 8C\_304/2008 vom 1. April 2009 E. 5.1]) werden rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschwere, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegende Ereignisse qualifiziert (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts U 408/05 vom 26. Januar 2007 E. 9 betreffend Auffahrkollision auf der Autobahn mit einem Delta-v von 12 bis 17 km/h). Auch die dokumentierten Fahrzeugschäden geben vorliegend zu keiner anderen Beurteilung

Anlass. Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten bei der gegebenen Unfallschwere für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter oder aber mehrere - mindestens vier - in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 134 V 126 f. E. 10.1 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

5.3.3.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit bestehen nicht und wurden auch nicht geltend gemacht, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

5.3.3.4 Zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen bedarf es einer besonderen Schwere der für die gegebenen Verletzungen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. E. 10.2.2). Aufgrund der Akten sind die Voraussetzungen für die Bejahung dieses Kriteriums nicht erfüllt. Zusätzliche erhebliche Verletzungen sind nicht ausgewiesen. In Bezug auf die Schulterbeschwerden ist wie erwöhnt ein Status quo ante per 16. November 2007 anzunehmen (vgl. E. 3.2 hiervor). In Bezug auf die fragliche leichte Zerrung des Plexus brachialis rechts (vgl. Urk. 1 S. 5 am Ende; Urk. 2 S. 8 Ziff. 6.3.5, Urk. 8 S. 7 Ziff. 15) ist festzuhalten, dass der neurologische und elektromyographische Befund keine Hinweise für eine relevante Plexusläsion ergab (vgl. Gutachten S. 13 und 16, siehe auch Urk. 10/48). Sodann genügt das Andauern schleudertraumatypischer Beschwerden trotz durchgeführter Therapien und leichte neuropsychologische Defizite, wie sie (beispielsweise) im Gutachten der Reha B. \_\_\_ festgehalten wurden (Urk. 10/52 S. 13), nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_803/2007 vom 3. September 2008 E. 3.4.1).

5.3.3.5 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die Behandlung der Beschwerdeführerin bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste insbesondere ärztliche Konsultationen, stationäre Aufenthalte, Physiotherapie und Analgetika (Urk. 10/52 S. 8). Nach der Rechtsprechung sind regelmässige Konsultationen beim Hausarzt und physiotherapeutische Massnahmen nicht als belastend zu qualifizieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_797/2008 vom 19. März 2009 E. 5.3.3). Dasselbe gilt für die auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen und für durchgeführte ärztlich empfohlene psychotherapeutische Therapien (vgl. Urk. 10/49 S. 2, 10/34 S. 3) sowie für stationäre Behandlungen, weshalb - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 f.) - insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Beschwerdeführerin führte.

5.3.3.6 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden, welche geltend gemacht wurden (vgl. Urk. 1 S. 7), 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). Das Kriterium kann als erfüllt betrachtet werden. In ausgeprägter Weise liegt es aber nicht vor, denn die Beschwerdeführerin gab in der Reha

B.\_\_\_\_ an, erst seit Juli 2008 unter Dauerschmerzen gelitten zu haben (vgl. ?aktuelle Zwischenanamnese?, Urk. 10/52 S. 9). Zudem ist es der Beschwerdef?hrerin, welche ?ber eine Restarbeitsf?higkeit in angepasster T?tigkeit verf?gt, immer noch m?glich, diverse Aktivit?ten auszu?ben, wie etwa Kochen oder leichte Haushaltarbeiten (vgl. Psychiatrisches Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 12. November 2008, Urk. 10/49 S. 2).

???????? Anhaltspunkte f?r eine ?rztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, bestehen nicht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen - entgegen dem Vorbringen der Beschwerdef?hrerin (vgl. Urk. 1 S. 7) - ebenfalls nicht vor. Die Einnahme von Medikamenten und die Durchf?hrung verschiedener Therapien gen?gen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt f?r den Umstand, dass trotz regelm??ssiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6).

???????? Was schliesslich das (von der Beschwerdef?hrerin geltend gemachte [Urk. 1 S. 8]) Kriterium der erheblichen Arbeitsunf?higkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist festzustellen, dass die Beschwerdef?hrerin gem??ss dem Gutachten der Reha B.\_\_\_\_ (vom 9. M?rz 2009; siehe auch Gutachtennachtrag vom 25. Februar 2010 [Urk. 10/53]) in angepasster T?tigkeit andauernd zu 50 % arbeitsunf?hig ist (Gutachten S. 9) und Arbeitsanstrengungen in den Jahren 2007 und 2008 ausgewiesen sind (vgl. etwa Gutachten S. 14). Diese Arbeitsunf?higkeit f?hrt aber nicht derart ins Gewicht und weitere Arbeitsbem?hungen sind nicht erstellt. Selbst wenn das Kriterium der erheblichen Arbeitsunf?higkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bejaht w?rde, l?ge es jedenfalls nicht in ausgepr?gter Weise vor. Zusammen mit dem Kriterium der erheblichen Beschwerden w?rde es nicht gen?gen, um den ad?quaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Juli 2006 und den ab 28. Februar 2011 noch vorhandenen Beschwerden zu bejahen.

6.?????? Der Einspracheentscheid vom 12. September 2011, mit welchem die Versicherungsleistungen per 28. Februar 2011 eingestellt wurden, besteht damit zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.?????? Das Verfahren ist kostenlos (? 33 Gesetz ?ber das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes ?ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und entsch?digungsfrei (? 34 GSVGer in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Werner Kupferschmid
- Z?rich Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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.