



Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht

werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

## E. 2

2.1 Dr. Z. berichtete der Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2010, die Beschwerdeführerin sei als Mutter in einem 5-Personen-Haushalt mit einer 100%-Stelle bei der Y. schon dauernd deutlich überlastet gewesen. Ausdruck davon seien die Lumbalgien und Myogelosen im Sinne eines Tennisarms kombiniert mit allerdings nur leichten Karpaltunnelsymptomen. Am 12. Februar 2010 habe die Beschwerdeführerin einen Treppensturz mit Schulter- und Nackendistorsion erlitten. Innerhalb vier Wochen sei es gelungen, die Beschwerdeführerin soweit zu lockern, dass sie am 11. März 2010 wieder mit leichter Arbeit im Verkauf habe beginnen können. Am 19. März 2010 (richtig: 15. März 2010) sei die Beschwerdeführerin erneut gestürzt, angeblich heftig auf den Kopf. Der Nacken sei nun deutlich empfindlicher als nach dem ersten Unfall, und die Beschwerdeführerin sei verunsichert, verunsichert und verkrampft. Nach drei Wochen sei der Nacken wieder einigermaßen locker und die Nackenbeweglichkeit fast vollständig wiederhergestellt gewesen, anschliessend sei es aber zu keiner Besserung, sondern eher zu einer Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin fühle sich missverstanden und überfordert. Die physiotherapeutische Massnahme sei dringend gewesen, um ein Abgleiten in die Chronifizierung zu verhindern. Die Beschwerdeführerin lasse sich zu Hause zu 100 % bedienen. Aus der Familie sei dann die Idee eines Aufenthaltes in einem bekannten Therapiebad im Kosovo gekommen. Er habe dies sofort unterstützt. Familienangehörige hätten die Kosten garantiert, die schliesslich nur 300 Euro betragen hätten. Dieser Aufenthalt habe eine massive (über 50%ige) Besserung gebracht. Die Muskulatur sei lockerer gewesen, und der Gesichtsausdruck habe eine Besserung der Depression gezeigt. Seither sei ein gewisser Stillstand eingetreten. Er habe die Beschwerdeführerin dazu angehalten, die leichtere Hausarbeit wieder zu übernehmen. Aktuell habe die Beschwerdeführerin das Gefühl, sie werde von Mitarbeitern in der Y. nicht mehr geachtet. Sie fühle sich gemobbt. Eine Wiederaufnahme der Arbeit, wahrscheinlich in einigen Wochen, sollte sorgfältig, eventuell unter Begleitung und Kontrolle einer Case Managerin, erfolgen (Urk. 11/8/2-3).

2.2 Am 14. August 2010 berichtete Dr. Z. der Beschwerdegegnerin weiter, trotz intensiver Physiotherapie hätten sich die objektiven Symptome erst im Juni etwas gebessert. Die Beschwerden seien seither wechselnd. Die Beschwerdeführerin brauche jedoch weniger Medikamente. Sie habe im Kosovo tagesweise eine ambulante physiotherapeutische Behandlung gemacht, sie habe Injektionen bekommen und es sei ein CT der HWS gemacht worden, das die bekannte Streckschonhaltung gezeigt habe. Objektiv finde sich eine weitere Besserung. Abgelenkt rotiere die Beschwerdeführerin links etwa 80 Grad, rechts etwa 70 Grad, sie spanne bei der Rotationsprüfung aber schon bei etwa 35 Grad. Es werde nicht einfach sein, die Beschwerdeführerin wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Wenn ihr klar keine Rente in Aussicht gestellt, jedoch etwas Zeit gegeben werde und sie mit einem reduzierten Arbeitspensum (halbtags, leichte Arbeit)

beginnen könnte, sollte die bisherige Tätigkeit wieder möglich sein. Es gelte jedoch zu beachten, dass die Beschwerdeführerin unabhängig von den Unfällen aus gesundheitlichen Gründen neben der Haushaltstätigkeit nicht mehr als zu 50 % arbeiten sollte. Bevor er die Beschwerdeführerin teilweise arbeitsfähig schreibe, müsse eine Besserung ihres Gesundheitszustandes zwei Wochen anhalten (Urk. 11/26).

2.3 Dr. B. diagnostizierte mit Bericht vom 1. September 2010 ein zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom bei Sturz auf der Treppe auf den Hinterkopf am 12. Februar 2010 und präsynkopalem Sturz bei der Arbeit am 15. März 2010. Die Beschwerdeführerin klagt über anhaltende Beschwerden. Die Arbeitsaufnahme sei bis heute nicht mehr gelungen. An Medikamenten nehme sie Lodine 600mg retard, Miancerin 30mg, Sirdalud 1/4-1/2 abends, einen Magenschutz und Valium 5mg, wenn sie nicht schlafen könne. Die Beschwerdeführerin selbst wünsche den Besuch beim Psychiater, da sie durch ihre Situation überfordert und verzweifelt sei. Zu Hause sei sie oft ungeduldig und nervös und sie sehe keinen Ausweg mehr (Urk. 11/32).

2.4 Dr. A. diagnostizierte beim psychiatrischen Konsilium vom 7. September 2010 eine mittelschwere bis schwere Depression bei Status nach Treppensturz und synkopalem Ereignis und psychosozialer Überforderung. Der Schweregrad der depressiven Verstimmung sei beträchtlich. Eine Arbeitsfähigkeit sei zurzeit und bis auf Weiteres nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin stosse bereits mit einfachsten Haushaltsarbeiten an die Grenze ihrer Möglichkeiten. Rehabilitative Massnahmen seien sicher angezeigt, da das Chronifizierungsrisiko mit zunehmender Dauer der Depression steige (Urk. 11/35).

2.5 Die Klinik C. hielt mit Austrittsbericht vom 4. März 2011 als Diagnosen (1) einen Status nach Unfall am 12. Februar 2010 mit Treppensturz sowie Unfall am 19. März 2010 mit Präsynkope und Sturz bei (a) zervikozephallem Syndrom, (b) CT Schädel und CT HWS mit Carotis-Angio vom 15. März 2010: subgaleales Hämatom parietal rechts, keine Frakturen an Schädelkalotte oder HWS, kein Nachweis einer Dissektion, (c) MRI-HWS vom 17. September 2010: kein Nachweis einer ossären oder ligamentären Läsion an der HWS, keine Einengung des Spinalkanals und der Neuroforamina und (d) MRI Schädel vom 10. Februar 2011: einzelne unspezifische Marklagerläsionen beidseits, sonst unauffällig und (2) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, in Teilremission bei unspezifischer Somatisierungsstörung fest. Es bestehe eine mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Aus körperlicher Sicht sei die Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere Arbeiten arbeitsfähig, in kognitiver Hinsicht sei hingegen momentan keine Arbeitstätigkeit zumutbar. Es solle eine Wiederaufnahme der Beschäftigung am Arbeitsplatz - jeweils ein bis zwei Stunden pro Tag - zu therapeutischen Zwecken mit dem Ziel versucht werden, wieder eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu erreichen (Urk. 11/63).

2.6 Dr. D. hielt im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 13. April 2011 fest, er gehe mit der Beurteilung der Klinik C. einig: Im Vordergrund stehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Eine unfallkausale strukturelle Schädigung als Ursache der heute bestehenden Beschwerden liege nicht vor. Klinisch fassbar bei der körperlichen Untersuchung sei lediglich die Palpationsschmerzhaftigkeit der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur rechts, allenfalls mit leichter, bei der Untersuchung aber nicht als schmerzhaft imponierender

Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Dies entspreche rein unspezifischen Befunden. Der Endzustand sei erreicht (Urk. 11/72).

2.7 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt mit Bericht vom 19. Juli 2011 als Diagnose einen Verdacht auf funktionelle Beschwerden fest. Er habe keine Ausfälle feststellen können. Auffallend sei das deutlich appellative Verhalten der Beschwerdeführerin, was auf eine Aggravationstendenz hindeute (Urk. 11/84).

2.8 Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 5. August 2011 ein zervikozephal und zervikothorakospondylogenes Syndrom bei (a) Sturz auf der Treppe auf den Hinterkopf am 12. Februar 2010, (b) präsynkopalem Sturz bei der Arbeit am 15. März 2010 und (c) reaktiv schwerer Depression. Die Beschwerdeführerin sei als Veräußerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Sie gehe jeden Tag 50 bis 70 Minuten als Arbeitstraining in die Y.\_\_\_\_ und räume Regale ein. Bisher sei jedoch keine Steigerung möglich gewesen. Es seien vor allem die geistig-psychischen Beschwerden, welche die Beschwerdeführerin in erster Linie in der Arbeitsfähigkeit einschränkten. Sie leide an einer schweren Depression. Begleitend seien Nackenschmerzen, Schwindel und Kopfschmerzen, die je nach Tag verstärkt oder vermindert vorhanden seien und sie zusätzlich ermüdeten (Urk. 3/1).

2.9 Das G.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 4. Dezember 2011 (1) eine Major Depression (ICD-10 F32.3) und (2) Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10 F47.0). Zusätzlich werde von regelmäßig wiederkehrenden Schmerzattacken berichtet. Da medizinische Gründe hierfür nicht ausgeschlossen werden könnten, könne die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Nachdem sowohl die Schmerzen als auch die Schlafstörungen und die depressive Symptomatik erst nach den Unfallereignissen vom 12. Februar und 15. März 2010 aufgetreten seien, könne angenommen werden, dass die Unfallereignisse als vorangehende Ereignisse zum wichtigsten Ätiologiefaktor im Zusammenhang mit den psychischen und körperlichen Beschwerden gehörten. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/1).

3. Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2011 davon aus, dass die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung beruhen (Urk. 2 S. 6). Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit den eingeholten ärztlichen Berichten. Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS können für sich allein nämlich nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). Die Beschwerdeführerin stellt denn auch nicht in Frage, dass keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Sie wendet lediglich ein, dass aus dem Fehlen organischer Befunde nicht automatisch geschlossen werden könne, dass sie nicht mehr an unfallbedingten Beschwerden leide (Urk. 1 S. 3). Sie erkennt dabei, dass die Beschwerdegegnerin aus dem Fehlen von objektivierbaren organischen Unfallfolgen lediglich geschlossen hat, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 12. Februar und 15. März 2010 nicht ohne Weiteres bejaht werden kann, sondern dass eine spezifische Adäquanzprüfung vorgenommen werden muss (vgl. hierzu E. 1.3). Diese



Die von der Beschwerdeführerin benutzten ärztlichen Behandlungen der somatischen Unfallfolgen bewegten sich im üblichen Rahmen. Hierbei gilt es zu beachten, dass nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild eine Behandlungsbedürftigkeit (in Form medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren durchaus üblich ist (Urteil des Bundesgericht 8C\_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.2.3). Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung liegt daher nicht vor.

Die Beschwerdeführerin klagte zuletzt über Kopfschmerzen, ausstrahlend in den Nacken und entlang der ersten Rippe nach ventral, Müdigkeit und oft Schwindel. Nach Belastung seien die Beschwerden deutlich vermehrt, die Arbeitsfähigkeit könne nicht über eine Stunde gesteigert werden. Die Physiotherapie laufe weiter. Sie habe oft ein Hümmern im Kopf, sei nervös und habe Angst, alleine zu Hause zu sein (Urk. 3/1). Da gemäss den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin die Beschwerden bei Belastung deutlich verstärkt sind, ist e contrario zu schliessen, dass die Beschwerden nicht dauernd verstärkt vorhanden sind. Das Kriterium körperliche Dauerschmerzen ist daher, wenn überhaupt, nur in nicht ausgeprägter Weise erfüllt.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen keinerlei Anhaltspunkte. Das Vorliegen dieses Kriteriums ist somit zu verneinen.

Für die Erfüllung des Kriteriums schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen müssten besondere Gründe gegeben sein, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Derartige besondere Umstände können den Akten nicht entnommen werden, weshalb auch dieses Kriterium nicht gegeben ist.

Die Beschwerdeführerin konnte nach dem Unfall vom 12. Februar 2010 bereits am 11. März 2010 wieder mit leichter Arbeit beginnen (E. 2.1). Die nach dem Unfall vom 15. März 2010 attestierte Arbeitsunfähigkeit war hauptsächlich psychisch bedingt (E. 2.5, E. 2.8). Das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist daher, wenn überhaupt, nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.

4.4 Zusammenfassend ergibt sich somit, dass bei diesen beiden mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Unfallereignissen höchstens zwei Kriterien (körperliche Dauerschmerzen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) erfüllt sind. Dies genügt für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den beiden Unfallereignissen und den noch geklagten Beschwerden nicht. Bei dieser Sachlage erbringt es sich zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden überhaupt in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit den beiden Unfallereignissen stehen.

5. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Mai 2011 einstellte und einen Renten- und Integritätsentschädigungsanspruch der Beschwerdeführerin verneinte. Die Beschwerde erweist sich dementsprechend als unbegründet und ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_\_

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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.