Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. Februar 2012 (725 11 287 / 40)

Unfallversicherung

Voraussetzungen zur Leistungseinstellung

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Daniel Scheuner
Parteien	**M.____**, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Patrick Somm, Advokat, Steinenvorstadt 73, Postfach, 4002 Basel
	gegen
	Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale 120, 1001 Lausanne, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1954 geborene M.____ war als Sachbearbeiterin bei der Vaudoise Versicherungen AG angestellt und in dieser Funktion bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (Versicherung) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 3. Februar 2009 zog sich die Versicherte am 31. Januar 2009 eine Verletzung am linken Fuss zu, als sie beim Aussteigen aus ihrem Auto ausrutschte. Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung wurde eine nicht dislozierte Fraktur der Basis des Malleolus medialis links diagnostiziert und im späteren Verlauf radiologisch bestätigt (vgl.

Bericht Dr. X.____ vom 14. März 2009 und Institut Dr. G.____ vom 5. Februar 2009). In der Folge erbrachte die Versicherung die gesetzlichen Leistungen. Am 3. September 2009 unterzog sich die Versicherte aufgrund persistierender Fussgelenksschmerzen einer Osteosynthese des medialen Malleolus. Am 15. September 2010 erfolgte ein erneuter operativer Eingriff am betroffenen linken Fuss (vgl. Operationsberichte des Kantonsspitals Y.____ vom 4. September 2009 und vom 16. September 2010). Mit Verfügung vom 3. März 2011 stellte sich die Versicherung auf den Standpunkt, dass die Fussbeschwerden der Versicherten spätestens seit dem 30. November 2010 nicht mehr auf das Unfallgeschehen, sondern auf unfallfremde, degenerative Veränderungen zurückzuführen seien. Dementsprechend stellte sie die weitere Ausrichtung von Versicherungsleistungen ein. Die von M.____, vertreten durch die O.____ Rechtsschutzversicherung, am 4. April 2011 gegen die Einstellungsverfügung gerichtete Einsprache wies die Versicherung mit Entscheid vom 29. Juli 2011 ab.

B. Am 23. August 2011 reichte M.____, vertreten durch Dr. Patrick Somm, Advokat, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung ein. Sie beantragte, es sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Versicherung sei zu verpflichten, weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Behandlungskosten) zu erbringen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 4. November 2011 hielt die Versicherung an ihrem Entscheid fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Auf die Ausführungen der Parteien wird - soweit erforderlich - in den nachstehenden Erwägungen einzugehen sein.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, sodass auf die Beschwerde einzutreten ist. Streitig und zu prüfen ist nachstehend, ob die Versicherung mit Verfügung vom 3. März 2011 die Versicherungsleistungen per 30. November 2011 einstellen durfte. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin unter einem Status nach Poliomyelitis mit Restlähmung und Restathropie der linken unteren Extremität leidet. Die Versicherung stellt sich auf den Standpunkt, dass die heute noch bestehenden Beschwerden am linken Fuss auf diese Grunderkrankung und nicht mehr auf die Folgen des Unfalls vom 31. Januar 2009 zurückzuführen seien. Demgegenüber vertritt die Beschwerdeführerin die Ansicht, dass die heute noch bestehenden Beeinträchtigungen am linken Fuss - zumindest teilweise - in einem Kausalzusammenhang mit dem vorgenannten Schadenfall stünden, weshalb die Versicherung nach wie vor eine Leistungspflicht treffe.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte

Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (vgl. Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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 bzw. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte

(Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. Urteile Bundesgerichts vom 4. November 2004, U 183/04, E. 3.2 und vom 25. Mai 2004, U 123/03, E. 2, je mit weiteren Hinweisen). Diese Regel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss dabei nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. November 2005, U 274/05, E. 1.3., vom 17. März 2005, U 287/04, E. 3 und vom 30. November 2004, U 222/04, E. 1.3 mit Hinweisen).

2.4 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr in erster Linie von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Beurteilungen von angestellten versicherungsinternen Arztpersonen

soll jedoch bereits dann kein Beweiswert im vorbeschriebenen Sinne mehr zukommen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009 E. 3.2 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

3.1 Aus den in den Verfahrensakten befindlichen Unterlagen der behandelnden Ärzte geht hervor, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallgeschehen vom 31. Januar 2009 unter keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorbestehenden Poliomyelitis zu leiden hatte. Sowohl die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Beschwerden am linken Fuss als auch die Fussheberparese sind nach dem Schadenereignis aufgetreten. Auf Anfrage der O.____ Rechtsschutzversicherung, welche die Versicherte im Rahmen des Einspracheverfahrens rechtlich beraten hat, äusserte sich der behandelnde Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. X.____, FMH für Allgemeine Medizin, mit Bericht vom 25. März 2011 zu deren gesundheitlichem Zustand. Demnach habe aufgrund von Restbeschwerden der Poliomyelitis eine leichte Gehbehinderung bestanden, welche im Alltag aber vollumfänglich habe kompensiert werden können. Zur Erhaltung der Beweglichkeit an der linken unteren Extremität und zur Vermeidung muskulärer Verspannungen sei die Versicherte in physiotherapeutischer Behandlung gewesen. Die Tatsache, dass sich der Heilungsverlauf nach dem Unfallgeschehen vom Januar 2009 verzögert habe, könne - mindestens teilweise - mit der Poliomyelitis in Zusammenhang stehen. Jedoch sei der Endzustand nicht erreicht und die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei eindeutig auf den Unfall zurückzuführen. Dementsprechend bestehe seit 29. November 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in Bezug auf das von der Beschwerdeführerin vor dem Unfall erbrachte Pensum von 90 %. Mit Bericht vom 9. September 2009 wies Dr. X.____ zudem auf eine neu aufgetretene Fussheberparese hin, welche - mindestens in diesem Ausmass - nicht vorbestehend sein könne. Mit Schreiben vom 14. Januar 2010 äusserte sich die orthopädische Klinik des Kantonsspitals Y.____, zuhanden von Dr. X.____ zum gesundheitlichen Zustand der Versicherten. Diagnostisch liege ein Status nach Korrekturosteotomie nach Lambrinudi mit Transfer der FDL-Sehne nach lateral und varisierender supramalleolärer Osteotomie der Tibia links am 3. September 2009 bei posttraumatischen Schmerzen nach Avulsionsfraktur des linken Malleolus medialis am 31. Januar 2009 vor. Im Rahmen der klinisch-radiologischen Untersuchung habe die Versicherte über nach wie vor bestehende Schmerzen im Bereich des medialen Malleolus beziehungsweise der Tibia geklagt. Die Extension sei nach wie vor nur sehr eingeschränkt möglich und ohne Verwendung des Vacopeds sei eine Belastung des Fusses kaum möglich. Die Arbeitsfähigkeit betrage bis auf weiteres 100 %. In Kenntnis dieser Unterlagen gelangte der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. Daniel P.____, FMH für orthopädische Chirurgie, zum Schluss, dass aufgrund seiner Eindrücke die ein Jahr nach dem Unfall fortbestehenden Beschwerden am linken Fuss nicht mehr mit dem Unfallgeschehen in Verbindung gebracht werden könnten. Diese stünden vielmehr im Zusammenhang mit der vorbestehenden Poliomyelitis und dem nach dem Unfallgeschehen vorgenommenen Sehnentransfer.

3.2 In seinem Bericht zuhanden der O.____ Rechtsschutzversicherung vom 25. März 2011 diagnostizierte der Chefarzt der orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Y.____, Prof. H.____, eine komplexe Verletzung des oberen Sprunggelenks (OSG) mit einem Abriss des medialen Malleolus links bei inkomplettem Lähmungsfuss links. Aufgrund seiner Untersuchungsergebnis-

se gelangte er zum Schluss, dass die heute noch bestehenden Beschwerden ausschliesslich im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vom 31. Januar 2009 stünden. Die Beschwerdeführerin habe seit der im Kindesalter erlittenen Poliomyelitis gut mit dem linken Fuss gelebt und glaubhaft sowie nachweislich nie diesbezügliche Probleme gehabt. Weiter führte Prof. H.____ aus, dass aufgrund der vorbestehenden Poliomyelitis ein massiv erhöhter Rehabilitationsbedarf hinsichtlich von Fussverletzungen bestehe, wie sie die Beschwerdeführerin erlitten habe, da die Muskulatur im betroffenen Fuss nur teilweise arbeite. Die aktuell noch bestehende teilweise Arbeitsunfähigkeit könne deshalb zumindest teilweise mit diesem erhöhten Zeitbedarf in Bezug auf die Rehabilitation erklärt werden. Der Anteil dieses aufgrund der Vorerkrankung allenfalls bestehenden zusätzlichen Rehabilitationsbedarfes wirke sich bei dieser willensstarken Patientin nur minimal in einer Grössenordnung von maximal 20 % aus. Abschliessend führte Prof. H.____ aus, dass der Endzustand nicht erreicht sei. Es sei mit einer weiteren Verbesserung der Situation allenfalls sogar dem Erreichen des Vorzustandes zu rechnen.

3.3 Ebenfalls mit Bericht vom 25. März 2011 nahm Dr. X.____ zuhanden der O.____ Rechtsschutzversicherung zum Zustand der Versicherten Stellung, wobei er im Wesentlichen die selben Diagnosen stellte wie Prof. H.____. Weiter führte er aus, dass sowohl die nach wie vor bestehenden linksseitigen Fussschmerzen als auch die Fussheberparese im Anschluss an das Unfallgeschehen aufgetreten seien. Laut Dr. X.____ habe die vorbestehende Poliomyelitis eine leichte, aber im Alltag kompensierte, Gehbehinderung zur Folge gehabt. Ebenso stellte er sich auf den Standpunkt, dass sich der Heilungsverlauf der beim Unfall erlittenen Fussverletzung möglicherweise - wenigstens teilweise - aufgrund der Poliomyelitis verzögere. Zudem kam er zum Schluss, dass kein Endzustand erreicht sei und eine Zustandsverbesserung zu erwarten sei.

3.4 Nachdem die Beschwerdeführerin am 23. August 2011 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung vom 29. Juli 2011 erhoben hatte, wandte sich die Versicherung erneut an ihren Vertrauensarzt, Dr. P.____, welcher am 11. Oktober 2011 seine Stellungnahme abgab. Darin kritisierte er über weite Strecken die Behandlung durch die beteiligten Fachärzte. Seiner Ansicht seien die nach dem Unfall vom 31. Januar 2009 durchgeführten operativen Eingriffe nicht aufgrund der unfallbedingten Malleolusfraktur, sondern wegen der vorbestehenden Poliomyelitis erforderlich gewesen. Die beim Unfallgeschehen erlittene Fraktur sei konsolidiert und nach der Metallentfernung vom 15. September 2010 könne noch eine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit während maximal zweieinhalb Monaten angenommen werden. Die nach diesem Zeitpunkt noch bestehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit sei vollumfänglich krankheitsbedingt.

4. Vor Erlass der Einstellungsverfügung verfügte die Versicherung zur Begründung ihres Standpunktes, wonach die weiterhin bestehenden Beeinträchtigungen an der linken unteren Extremität der Versicherten auf die vorbestehende Poliomyelitis zurückzuführen sei, lediglich über eine undatierte handschriftliche und äusserst kurz gehaltene Stellungnahme (vgl. actum 73) sowie das vorstehend genannte (vgl. E. 3.1 in fine) Kurzschreiben ihres Vertrauensarztes vom 9. Februar 2010. Erst nach Beschwerdeerhebung äusserte sich der Vertrauensarzt etwas umfassender im Rahmen eines vierseitigen Berichtes. Die von der Versicherung zur Be-

gründung ihres Standpunktes vorgelegten Unterlagen, wonach die bei der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt bestandenen Beschwerden am linken Fuss auf eine vorbestehende Poliomyelitis zurückzuführen und somit unfallfremd seien, erweisen sich als ungenügend. Zunächst ist zu den vor Verfügungserlass vorhandenen Berichten von Dr. P.____ zu sagen, dass dieser lediglich ausgeführt hat, er "habe den Eindruck, dass der jetzige Zustand nicht mehr mit dem Unfall vom 31.01.2009 im Kausalzusammenhang steht". Diese Sicht wird in keiner Art und Weise begründet und taugt offensichtlich nicht als Grundlage zur Leistungseinstellung.

Der von der Versicherung erst im Vorfeld der Einreichung der Vernehmlassung im Beschwerdeverfahren eingeholte Bericht von Dr. P.____ vom 11. Oktober 2011 umfasst vier Seiten. Dabei handelt es sich um eine Stellungnahme aufgrund der Akten, eine Untersuchung der Versicherten durch Dr. P.____ hat nicht stattgefunden und es wurden dementsprechend kein klinischer Befund sowie keine Anamnese erhoben. Im Wesentlichen äussert Dr. P.____ Kritik an der Behandlung der beteiligten Ärzte. In seiner Beurteilung übersieht er die Tatsache, dass die Malleolusfraktur am vorgeschädigten linken Fuss und die nach dem Unfall eingetretene Entwicklung nicht völlig losgelöst vom Vorzustand bewertet werden kann. Vielmehr stützt der Vertrauensarzt seine Einschätzungen vorwiegend auf unbegründete und nicht nachvollziehbare Annahmen. Er beschränkt sich einzig auf die isolierte Betrachtungsweise, dass eine unfallbedingte Verletzung wie die vorliegende innert einer bestimmten Zeit als abgeheilt zu gelten hat und dementsprechend weiterhin verbleibende Restbeschwerden nicht unfallkausal sein können. Er erklärt somit insbesondere nicht, aus welchem Grund er vom Erreichen des Status quo sine ausgeht. Allein der Umstand, dass die Versicherte vor dem Unfall wegen der Poliomyelitis wiederholt Physiotherapien durchgeführt hat, lässt nicht schon darauf schliessen, dass die heute noch fortbestehenden Beschwerden ausschliesslich krankheitsbedingt sind. Vor dem Unfall hat nachweislich keinerlei Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bestanden. Es liegt auf der Hand, dass der Unfall zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt hat. Dr. P.____ setzt sich aber gerade nicht mit der Frage auseinander, ob der Status quo ante vel sine bereits erreicht worden ist, sodass auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden kann. Demgegenüber haben die Dres. X.____ und H.____ in ihren Berichten vom 25. März 2011 durchaus nachvollziehbar den Standpunkt vertreten, dass die heute noch bestehenden Beschwerden ausschliesslich im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vom 31. Januar 2009 zu sehen seien und auch noch kein Endzustand erreicht sei. Will die Versicherung dementsprechend ihre Leistungen einstellen, muss sie im Rahmen einer unabhängigen Beurteilung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass und wann der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht worden ist und aus welchen Gründen und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Erbringt die Versicherung diesen Nachweis wie vorliegend nicht, besteht ihre Leistungspflicht fort und sie hat der Beschwerdeführerin weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Die Beschwerde erweist sich demgemäss als begründet, weshalb sie gutzuheissen ist.

5.1 Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf angemessenen Ersatz ihrer Parteikosten. Nachdem die Beschwerdeführerin obsiegt, hat sie Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der vom Rechtsvertreter in dessen Honorarnote vom 3. Januar 2012 ausgewiesene Aufwand von 12,71 Stunden ist angemessen. Die Versicherung hat der Beschwerdeführerin demgemäss auf der Basis des geltend gemachten Stundenansatzes von Fr. 230.-- eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'251.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juli 20111 aufgehoben und diese angewiesen, der Beschwerdeführerin über den 30. November 2010 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'251.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.