Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
U 479/05

Urteil vom 6. Februar 2007
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Frésard,
Gerichtsschreiber Jancar.

Parteien
G._____, 1956, Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Bruno Häfliger, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern vom 2. November 2005.

Sachverhalt:
A.
Die 1956 geborene G._____ arbeitete seit 1. März 1992 zu 20 % als Betreuerin bei der Stiftung für Schwerbehinderte X._____ und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert. Am 13. Februar 1999 erlitt sie einen Auffahrunfall. Gleichentags begab sie sich zu Dr. med. W._____, Allgemeine Medizin FMH, in Behandlung, der eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) mit Commotiosymptomatik diagnostizierte. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Zur Abklärung der Verhältnisse zog sie diverse Arztberichte und Berichte der Arbeitgeberin bei und befragte die Versicherte mehrmals. Weiter holte sie beim Spital Y._____ ein neurologisches Gutachten des Dr. med. M._____, Leitender Arzt, vom 20. April 2000, und ein psychiatrisches Gutachten des Dr. med. F._____, Oberarzt Forensik, vom 17. Januar 2001 ein. Mit Verfügung vom 11. Februar 2004 stellte die SUVA die Leistungen auf den 29. Februar 2004 ein. Dagegen erhoben die Versicherte und ihr Krankenversicherer (Visana) Einsprache. Letztere zog diese am 6. Mai 2004 zurück. Mit Entscheid vom 21. Mai 2004 wies die SUVA die Einsprache der Versicherten ab, da die geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat
unfallkausal seien.
B.
Hiegegen reichte die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Luzern Beschwerde ein. Sie legte Berichte des Dr. med. K._____, Allgemeine Medizin FMH/Manuelle Medizin SAMM, seit September 2000 ihr Hausarzt, vom 25. Juni 2004 und 6. September 2005 auf. Mit Entscheid vom 2. November 2005 wies das kantonale Gericht die Beschwerde ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Versicherte die Aufhebung des kantonalen Entscheides; die SUVA sei zu verpflichten, weiterhin für die Folgen des Unfalls vom 13. Februar 1999 aufzukommen und die gesetzlichen Leistungen hiefür nach UVG zu erbringen; sie habe insbesondere die Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung zu prüfen und entsprechende Leistungen zuzusprechen; sie habe weiterhin für Heil-

und Pflegekosten aufzukommen.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 395 E. 1.2).
2.
Mit Einspracheentscheid vom 21. Mai 2004 stellte die SUVA die Leistungen aus dem Unfall vom 13. Februar 1999 auf den 29. Februar 2004 ein. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über diesen Zeitpunkt hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Die Vorinstanz hat richtig erkannt, dass das ATSG anwendbar ist (BGE 130 V 329; Urteil W. vom 1. März 2006 E. 2, U 153/05).
3.
Weiter hat die Vorinstanz die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, je mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 181 E. 3.2, 127 V 102 E. 5b/aa, je mit Hinweisen) sowie bei Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der HWS (BGE 122 V 415, 117 V 359 ff.; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]) bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Besonderen zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Urteil S. vom 7. Juni 2006 E. 2.2, U 414/05) und zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 E. 2.1 mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.
4.
Auf Grund der ärztlichen Angaben ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Versicherte beim Unfall vom 13. Februar 1999 ein HWS-Distorsionstrauma mit Nacken- und Kopfschmerzen sowie dem typischen bunten Beschwerdebild erlitten hat (Berichte des Dr. med. W._____ vom 28. Februar 1999 und des Kreisarztes Dr. med. B._____, FMH Chirurgie, vom 7. April 1999; Gutachten des Dr. med. M._____ vom 20. April 2000; BGE 117 V 360 E. 4b; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Dies wird von der SUVA denn auch nicht bestritten.
5.
5.1 Dr. med. W._____ ging in den Berichten vom 28. Februar und 26. April 1999 davon aus, die Versicherte habe beim Unfall vom 13. Februar 1999 zusätzlich eine leichte Commotio cerebri erlitten. Im neurologischen Gutachten des Dr. med. M._____ vom 20. April 2000 wurde ausgeführt, Hinweise für eine Commotio cerebri ergäben sich auf Grund der Anamnese, insbesondere auch der früheren Aktennotizen, nicht; in der klinischen Untersuchung fänden sich auch keine Hinweise auf eine neuropsychologische Beeinträchtigung. Der psychiatrische Experte Dr. med. F._____ legte am 17. Januar 2001 dar, die subjektiven Beschwerden der Versicherten entsprächen denjenigen, über die auch andere Patienten, die nachweislich eine HWS-Verletzung und möglicherweise des Gehirns erlitten hätten, berichteten; es sei unter anderem eine neuropsychologische Untersuchung vorzunehmen. Dr. med. K._____ führte am 16. Oktober 2000 aus, auf Grund der von der Versicherten angegebenen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen scheine ihm eine neuropsychologische Untersuchung angezeigt. Am 12. März 2001 gab er an, diese Untersuchung sei eventuell nachzuholen.
5.2 Eine Commotio cerebri wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt wer-

den. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury [MTBI]) eingeführt. Darunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Adrian M. Siegel/ Daniel Fischer [Hrsg.], Die neurologische
Begutachtung, Zürich 2005, S. 164-166; Urteile T. vom 29. März 2006 E. 3.1, U 197/04, und R. vom 6. November 2006 E. 4.2, U 444/05).
5.3 Umstritten ist, ob die Versicherte beim Unfall vom 13. Februar 1999 den Kopf angeschlagen hat.
5.3.1 Im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch Dr. med. M._____ vom 20. April 2000 führte die Versicherte aus, beim Unfall vom 13. Februar 1999 habe es ihr den Kopf nach hinten und vorn geschlagen; sie habe sofort einen enormen Schmerz im Nacken gehabt. Danach sei sie zur Arbeit gefahren; dann habe sie richtig realisiert, was geschehen sei. Gleichentags sei sie zu Dr. med. W._____ gegangen. Sie wisse nicht, ob sie den Kopf angeschlagen habe; sie meine aber, die Beule am Kopf bestehe seit jenem Moment. Dem psychiatrischen Experten Dr. med. F._____ gab sie an, sie könne nicht mit Bestimmtheit sagen, ob sie den Kopf angeschlagen habe (Gutachten vom 17. Januar 2001).
In der Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 19. Februar 1999 wurden eine Verletzung an Rücken und Hals sowie eine Zerrung der HWS und Muskelzerrung angegeben. Eine Kopfverletzung wurde nicht erwähnt. In seinem ersten Bericht vom 28. Februar 1999 verneinte Dr. med. W._____, der die Versicherte am Unfalltag behandelte, einen Kopfanprall ausdrücklich. Es ist nur schwer nachvollziehbar, dass eine verunfallte Person, die den Arzt aufsucht, um einen Befund über die Unfallfolgen erstellen zu lassen, Verletzungen am Kopf - selbst wenn es sich nur um eine Kontusion bzw. Verwölbung handelt - nicht festhalten lässt (vgl. auch Urteil G. vom 2. März 1999 E. 2b, U 25/98). Der Bericht des Paraplegikerzentrums vom 31. Mai 1999 (MRI Schädel nativ und KM vom 28. Mai 1999) enthält keine Angaben zur Unfallkausalität des festgestellten Osteoms. Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. U._____, FMH Orthopädie, ging am 25. Juni 1999 davon aus, das Osteom sei ein Zufallsfund und nicht unfallkausal.
5.3.2 Nach dem Gesagten ist es zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 13. Februar 1999 den Kopf angeschlagen hat, jedoch ist dies nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 129 V 153 E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil O. vom 4. August 2003 E. 3.1, U 67/03). Die Verwölbung am Kopf kann somit nicht auf den Unfall vom 13. Februar 1999 zurückgeführt werden.
5.4 Vorliegend scheinen die Voraussetzungen für eine MTBI insofern erfüllt zu sein, als gemäss Angaben der Versicherten unmittelbar nach dem Unfall zwar keine Bewusstlosigkeit aufgetreten, es jedoch zu Bewusstseinsstörungen in Form von Benommenheit und Verwirrtheit gekommen ist (Bericht des Dr. med. W._____ vom 28. Februar 1999; vgl. auch erwähntes Urteil U 197/04 E. 3.1). Damit ist indessen noch nicht gesagt, dass sie an nachweisbaren organischen Unfallfolgen leidet. Hiezu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (erwähnte Urteile U 197/04 E. 3.1 und U 444/05 E. 5.2).
Die durchgeführten neurologischen Abklärungen des Dr. med. M._____ vom 20. April 2000 und des Dr. med. S._____ vom 23. Juli 2002, ergaben unauffällige Befunde. Die von Dr. med. S._____ festgestellte, seit April 2002 aufgetretene Sehstörung am linken Auge unklarer Ätiologie war gemäss Angaben der Versicherten vom 18. September 2002 wieder grösstenteils verschwunden und wurde in den nachfolgenden Arztberichten nicht mehr erwähnt; auch vor- und letztinstanzlich machte die Versicherte eine Sehstörung nicht mehr geltend. In der neurologischen Expertise vom 20. April 2000 wurden Hinweise auf eine neuropsychologische Beeinträchtigung verneint. Der Psychiater Dr. med. F._____ stellte am 17. Januar 2001 lediglich ein gelegentliches Stocken im Redefluss fest, das als Wortfindungsstörung interpretiert werden könne. Anhaltspunkte für neuropsychologische Funktionsstörungen von erheblichem Gewicht fehlten mithin. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die SUVA von einer neuropsychologischen Abklärung absah (vgl. auch AJP 2006 S. 236 [Urteil A. vom 5. Oktober 2005 E. 5, U 424/04]).

Nach dem Gesagten ist ein klar fassbares organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden und ein

hinreichender Nachweis für die Organizität des Beschwerdebildes nicht erbracht (vgl. auch erwähntes Urteil U 444/05 E. 5.2). Ergänzend sei angefügt, dass die Versicherte vorinstanzlich selber einräumte, es sei zutreffend, dass der Neurologe Dr. med. M._____ für die Kopfschmerzen kein organisches Substrat ausgemacht habe.
5.5 Mangels Bewusstlosigkeit der Versicherten nach dem Unfall vom 19. Februar 1999 scheidet eine Commotio cerebri als Unfallfolge grundsätzlich aus (vgl. auch Urteil B. vom 27. Juni 2002 E. 2, U 56/02).
6.
6.1 Auf Grund der medizinischen Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Unfall vom 13. Februar 1999 zumindest eine Teilursache der als Folge der erlittenen HWS-Distorsion aufgetretenen gesundheitlichen Störungen bildet, was für die Bejahung der natürlichen Kausalität genügt (E. 4 hievor; BGE 119 V 337 E. 1, 117 V 360 E. 4b, 377 E. 3a).
6.2 Mangels hinreichend objektivierbarer organischer Befunde hat die Adäquanzprüfung nach der für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS geltenden Rechtsprechung zu erfolgen (BGE 117 V 359 ff.), da bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung (29. Februar 2004) bzw. des Einspracheentscheides (21. Mai 2004; BGE 129 V 169 E. 1) unbestrittenermassen kein psychisches Leiden festgestellt wurde, das die Anwendung der für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln (BGE 115 V 133 ff.) gebieten würde.
Ergänzende medizinische Abklärungen oder eine Einvernahme des Ehemanns der Versicherten als Zeugen sind auch diesbezüglich nicht durchzuführen, da hievon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 130 II 428 f. E. 2.1, 124 V 94 E. 4b; Urteil S. vom 12. Dezember 2005 E. 1, I 435/05, zitiert in HAVE 2005 S. 354, je mit Hinweisen).
7.
7.1 Am 13. Februar 1999 musste die Versicherte ihren Personenwagen verkehrsbedingt anhalten, worauf der nachfolgende Personenwagens mit dem Heck ihres Autos kollidierte. Gemäss der Unfallanalyse des Experten C._____, Ingenieur HTL, vom 27. April 2000 betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung "Delta-v" des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin zwischen 4,5 und 7,5 km/h. Nach dem Unfall ist die Versicherte mit ihrem Auto zur Arbeit weiter gefahren.
7.2 In der Praxis werden Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 E. 5.1.2 mit Hinweisen).
Auf Grund des Unfallhergangs und der fotomässig belegten Schäden an den unfallbeteiligten Fahrzeugen hat die Vorinstanz den Unfall vom 13. Februar 1999 zu Recht als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten qualifiziert.
Damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden kann, muss ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden sieben Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder die zu berücksichtigenden Kriterien müssen in gehäufter oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 117 V 367 f. E. 6b). Gleiches würde gelten, wenn der Auffassung der Versicherten gefolgt würde, die Betonung sei beim mittelschweren statt beim leichten Unfall zu setzen.
8.
8.1 Unbestritten ist, dass die beiden Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sowie der ärztlichen Fehlbehandlung nicht erfüllt sind.
8.2 Die Diagnose einer HWS-Distorsion (E. 4 und 6.1 hievor) vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 E. 5.2.3). Hieran änderte nichts, wenn mit Dr. med. W._____ entgegen der Aktenlage zusätzlich von einer leichten Commotio cerebri ausgegangen würde (E. 5.5 hievor; vgl. auch Urteil S. vom 27. April 2006 E. 8.2.1, U 393/05).
8.3 Zu prüfen ist weiter das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung.
8.3.1 Die Versicherte macht geltend, die SUVA habe bis zur Leistungseinstellung auf den 29. Februar 2005 (recte 2004) die Heil- und Pflegekosten übernommen, namentlich für Physiotherapie, Osteopathie, Lymphdrainage usw.. Wäre dies nicht angemessen gewesen, hätte sie abmahnen müssen. Es sei daher verfehlt, wenn die Vorinstanz festhalte, dass z.B. eine osteopathische als alternativmedizinische Behandlungsmethode nicht zu berücksichtigen sei. Dieser vorinstanzliche Schluss sei umso verfehlter, als aus der Quebec-Studie hervorgehe, dass für Schleudertraumafolgen keine Therapie erster Wahl existiere.
Diese Einwände sind unbehelflich (zur Problematik der alternativmedizinischen Behandlung vgl. E. 8.3.3 hienach). Eine vorgängige Abmahnung der Versicherten wäre allenfalls erforderlich gewesen, wenn der Versicherer beabsichtigt hätte, die anfallenden Behandlungskosten nicht zu übernehmen. Im Rahmen der Adäquanz-

frage ist es indessen irrelevant, ob die SUVA die Versicherte abgemahnt hat oder nicht. Es wird vom Versicherer nicht verlangt, dass er die versicherte Person vorgängig darüber aufklärt, welche Behandlungen er im Rahmen der künftigen Adäquanzprüfung berücksichtigen werde und welche nicht (Urteil M. vom 23. November 2005 E. 8.3.1, U 369/05).
8.3.2 Nach dem Unfall vom 13. Februar 1999 verordnete Dr. med. W._____ Halskragen, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Myotonolytikum und Physiotherapie. Am 26. April 1999 gab er als gegenwärtige Behandlung Physiotherapie an; Beratungen fänden alle zwei Wochen statt. Am 28. Juni 1999 legte die Versicherte im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung dar, nach wie vor werde Lymphdrainage und Fango appliziert; täglich absolviere sie während einer Viertelstunde die in der Physiotherapie erlernten rücken- und bauchmuskelkräftigenden sowie dehnenden Übungen. Gemäss Bericht des Dr. med. W._____ vom 10. Januar 2000 wurde die Versicherte mit Lymphdrainage und Physiotherapie behandelt, wobei einmal monatlich Beratungen stattfänden. Im neurologischen Gutachten des Dr. med. M._____ vom 20. April 2000 wurde die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen, wovon sich innerhalb von sechs Monaten doch eine deutliche Besserung einstellen sollte. Am 23. August 2000 führte die Versicherte aus, sie mache noch Physiotherapie, und zwar Lymphdrainage, Bewegungstherapie und Fango. Zu Hause absolviere sie regelmässig die ihr vom Therapeuten gezeigten Nackenübungen. Medikamente nehme sie eigentlich kaum noch; sie sei kein Medikamentenfreund und
nehme sie nur im Notfall. Psychopharmaka seien für sie nie in Frage gekommen. Dr. med. K._____ gab am 12. März 2001 als Behandlung Physiotherapie, Analgetika und Osteopathie an; Beratungen fänden ca. alle 4 Wochen statt. Die Versicherte führte am 28. September 2001 aus, seit der 50%igen Arbeitsaufnahme am 1. Januar 2001 müsse sie etwas mehr Schmerzmittel einnehmen. Sie gehe ca. alle 6 Wochen zu Dr. med. K._____. Ansonsten sei sie noch alle 2-3 Wochen in physiotherapeutischer Behandlung (Lymphdrainage, Bewegungs- und Entkrampfungsübungen). Die Osteopathie habe sie wieder eingestellt, da sie nicht das Gefühl gehabt habe, es bringe ihr viel, und die SUVA daran nichts bezahlt habe. Zu Hause habe sie noch ein Sprudelbad eingerichtet, was ihr sehr gut tue. Laut Bericht des Dr. med. K._____ vom 6. Mai 2002 bestand die Behandlung in Physiotherapie und der Abgabe von Dafalgan; Beratungen fänden alle 2-3 Monate statt. Am 18. September 2002 legte die Versicherte dar, in die Therapie gehe sie alle 3-4 Wochen. Danaben trainiere sie auf dem Hometrainer, gehe Schwimmen sowie ab und zu in die Sauna; zu Hause habe sie ein Sprudelbad. Am 13. Februar 2003 legte Dr. med. K._____ dar, gelegentlich absolviere die Versicherte noch
Physiotherapie, da sie ab und zu Kopf- und Nackenschmerzen habe. Im Bericht vom 25. Juni 2004 - mithin einen Monat nach Erlass des Einspracheentscheides - führte er aus, die Beschwerdeführerin benötige immer noch Physiotherapie, was ihr Linderung verschaffe.
8.3.3 Eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS ist durchaus üblich (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 239 E. 5.2.4 mit Hinweisen). Vorliegend dauerte die Behandlung zwar länger. Indessen bestand sie weitgehend in der Durchführung ambulanter Physiotherapie und alternativmedizinischer Massnahmen sowie in medizinischen Verlaufskontrollen. Die physiotherapeutische Behandlung war in zeitlicher Hinsicht nicht besonders intensiv. Medikamente nahm die Versicherte gemäss eigenen Angaben kaum bzw. nur im Notfall ein.
Weiter ist festzuhalten, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht in diversen Fällen, in denen alternativ- bzw. komplementärmedizinischen Behandlungen durchgeführt wurden, das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht als erfüllt ansah (vgl. Urteile J. vom 21. Juni 2006 E. 3.2.2, U 265/05, H. vom 28. Juni 2005 E. 3.2.2, U 376/04, K. vom 23. Dezember 2005 E. 4.3, U 289/04, und P. vom 24. September 2003 E. 3.3, U 361/02). Im Urteil U 376/04 E. 3.2.2 führte es diesbezüglich aus, die Wirksamkeit der komplementär- und alternativmedizinischen Massnahmen (in casu Akupunktur, Osteopathie und Alexandertechnik) sei umstritten. Es besteht vorliegend kein Anlass, das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auf Grund der durchgeführten alternativmedizinischen Massnahmen zu bejahen.
Gesamthaft betrachtet kann bis zum massgebenden Zeitpunkt (E. 6.2 hievor) nicht von einer kontinuierlichen, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichteten ärztlichen Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gesprochen werden (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 E. 5.2.4 mit Hinweisen). Anzufügen ist, dass den Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt (erwähntes Urteil U 393/05 E. 8.2.4). Selbst wenn dieses Kriterium als gegeben erachtet würde, wäre es jedenfalls nicht in auffallender oder ausgeprägter Weise erfüllt.

8.4 Hinsichtlich des Kriteriums der Dauerbeschwerden ist Folgendes festzuhalten:
Am 28. Juni 1999 gab die Versicherte gegenüber dem Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. U._____ an, sie habe unterschiedlich starke Schmerzen in der HWS und im Nacken, die allerdings nicht alle Tage vorhanden seien. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch Dr. med. M._____ vom 20. April 2000 legte die Versicherte dar, zu Beginn habe sie eine starke Verkrampfung im Nacken und starkes Kopfweh bis zum Erbrechen gehabt. Zeitweise sei Zucken im Scheitel aufgetreten, sie habe sich hinlegen müssen. Die Schmerzen kämen immer wieder intervallmässig; sie sei auch im Intervall nicht beschwerdefrei. Es sei wie eine Blockade, sie könne sich nicht bewegen, habe auch einen trockenen Mund. Nach zwei Wochen Ferien sei es dann deutlich besser gegangen. Beim Arbeiten habe sie immer noch Beschwerden, vor allem nach 2 ½ bis 3 Stunden Arbeit. Zu Beginn habe sie auch viel Übelkeit und Magenprobleme sowie eine Gedächtnisstörung gehabt und sei auch weniger belastbar als früher gewesen. Am 16. Oktober 2000 beschrieb Dr. med. K._____ Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Am 12. März 2001 legte er dar, die Versicherte habe wieder mehr Nacken- und Kopfschmerzen. Am 28. September 2001 gab die Versicherte gegenüber der SUVA an, sie leide immer
noch an Nacken- und Kopfbeschwerden; es werde zwar langsam, aber doch stetig besser. Am 7. März 2002 führte sie aus, sie habe immer noch die gleichen Beschwerden, z.B. nach Stresssituationen vermehrte Nackenbeschwerden; auch Konzentrationsprobleme kämen dann immer dazu. Am 6. Mai 2002 legte Dr. med. K._____ dar, die Versicherte habe gelegentlich noch Schmerzepisoden im Nacken/Kopf. Am 18. September 2002 gab die Versicherte an, ihr Gesundheitszustand ändere sich eigentlich immer. Es sei ein ständiges auf und ab, momentan gehe es wieder etwas besser. Im Juni 2002 habe sie plötzlich Lähmungserscheinungen im linken Bein sowie am linken Auge gehabt; mittlerweile sei dieses Phänomen grösstenteils wieder verschwunden. Im Zwischenbericht vom 13. Februar 2003 beschrieb Dr. med. K._____ einen guten Verlauf; die Versicherte habe ab und zu Kopf- und Nackenschmerzen.
Nach dem Gesagten haben die Beschwerden nicht durchgehend bestanden. Es kann nicht von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 241 E. 5.2.6) ausgegangen werden. Hieran ändern auch die Angaben des Dr. med. K._____ in den nach dem Einspracheentscheid erstatteten Berichten vom 25. Juni 2004 und 6. September 2005 nichts. Das Kriterium der Dauerbeschwerden ist demnach nicht erfüllt.
8.5 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden; E. 8.3 f. hievor) zu berücksichtigen sind - darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil J. vom 21. Juni 2006 E. 3.2.1, U 265/05). Solche Gründe sind hier nicht gegeben.
8.6 Zu beurteilen sind schliesslich Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Dieses Kriterium muss vorliegend in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden kann (E. 7.2 und E. 8.1 bis 8.5 hievor).
Vor dem Unfall vom 13. Februar 1999 arbeitete die Versicherte bei der Stiftung für Schwerbehinderte X._____ in einem Teilzeitpensum von 20 % als Betreuerin Behinderter.
8.6.1 Das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [Urteil L. vom 30. August 2001, U 56/00]; Urteil T. vom 28. Januar 2004 E. 3.4.2, U 34/03).
Arbeitete die versicherte Person vor dem Unfall teilzeitlich, ist bei der Bestimmung des Kriteriums des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich vom vormaligen Teilpensum auszugehen (vgl. auch Urteil T. vom 29. August 2005 E. 4.5, U 146/05).
Vorbehalten bleibt der Fall, in welchem mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die versicherte Person ohne den Unfall ihr bisheriges Teilpensum erweitert hätte (vgl. Urteil K. vom 23. Dezember 2005 E. 4.3, U 289/04). Denn es belastet ebenfalls, wenn eine geplante Ausdehnung der Erwerbstätigkeit unfallbedingt nicht vollzogen werden kann (vgl. auch RKUV 2005 Nr. U 550 S. 243 [Urteil A. vom 17. März 2005, U 287/04]).
Für die Beurteilung der Frage, ob und bejahendenfalls in welchem Umfang die versicherte Person ohne den Unfall ihre Erwerbstätigkeit ausgedehnt hätte, sind analog die Kriterien heranzuziehen, die im Bereich der Invalidenversicherung für die Beurteilung des Status einer versicherten Person herangezogen werden. Zu berücksichtigen sind demnach die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und

die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides entwickelt haben (E. 8.2 hievor; vgl. BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 195 E. 3b; SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 E. 4.2 [Urteil M. vom 6. September 2004, I 249/04]; Urteil C. vom 19. Dezember 2006 E. 3.1, I 492/05).
8.6.2 Auf Grund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin ohne den Unfall das Arbeitspensum ab 1. März 1999 von 20 % auf 30 % erhöht hätte.
Bezogen auf dieses Teilzeitpensum war sie ab 1. Januar 2001 zu 50 %, ab 1. August 2001 zu 75 % und ab 1. September 2002 bis zur Leistungseinstellung auf Ende Februar 2004 praktisch wieder voll arbeitsfähig (Berichte des Dr. med. K._____ vom 12. März, 19. Juni und 20. November 2001 sowie 13. Februar 2003; Angaben der Versicherten vom 18. September 2002). Vorinstanzlich gab sie an, (im Rahmen der vollen Arbeitsfähigkeit) zwischen 20 % und 30 % gearbeitet zu haben. In Anbetracht dieser langen Periode und des Umfangs der Arbeitsfähigkeit bis zur Leistungseinstellung ist das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ungeachtet der Entwicklung seit Ende April 2004 (Arbeitsaufgabe wegen verminderter Belastbarkeit) nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt (vgl. auch Urteile K. vom 8. Juli 2005 E. 3.7, U 421/04, und H. vom 19. Mai 2004 E. 2.3.3, U 330/03).
8.6.3 Die Versicherte hat im Verwaltungsverfahren ausgeführt, ohne den Unfall vom 13. Februar 1999 hätte sie die Arbeitstätigkeit auf 70 % bis 80 % ausgedehnt, nachdem die Kinder nunmehr selbstständig geworden seien (die jüngste Tochter sei 17-jährig; Eingabe vom 1. Dezember 2003). Vorinstanzlich machte sie geltend, mit dem Erwachsenwerden der Kinder habe sie eine Vollzeittätigkeit geplant. Letztinstanzlich bringt sie vor, angesichts des Heranwachsens der Kinder hätte sie längst einen Statuswechsel vorgenommen, was ihr wegen der Unfallfolgen verwehrt geblieben sei.
Gemäss der Unfallmeldung vom 19. Februar 1999 ist die Versicherte verheiratet. Aus ihren Angaben im Rahmen der neurologischen Begutachtung geht hervor, dass sie drei Kinder hat, die im Oktober 1999 12-, 20- und 21-jährig waren. Das jüngste Kind war damit in einem Alter, das eine ständige Betreuung seitens eines Elternteils nicht mehr erfordert. Die Versicherte gab aber an, sie wohne in einem grossen Haus mit arbeitsintensivem Garten. Diese Umstände erlauben nicht die Annahme, sie hätte die Erwerbstätigkeit zeitlich weiter ausgedehnt. Anderweitige Anhaltspunkte für eine derartige Entwicklung werden nicht vorgebracht und sind nicht ersichtlich. Insbesondere macht die Versicherte nicht geltend, ein solcher Schritt wäre finanziell notwendig gewesen (vgl. auch Urteil W. vom 15. Oktober 2003 E. 2.1, I 429/02). Demnach ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Versicherte bis zum Erlass des Einspracheentscheides (21. Mai 2004) eine Pensumserweiterung vorgenommen hätte, die im Hinblick auf das Adäquanzkriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit von ausschlaggebender Bedeutung wäre.
8.7 Nach dem Gesagten sind höchstens zwei der sieben Kriterien - ungewöhnlich lange Behandlungsdauer (E. 8.3 hievor) sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (E. 8.6 hievor) - zu bejahen. Da sie jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise erfüllt sind, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nicht gegeben (E. 7.2 hievor). Das kantonale Gericht hat deshalb die Leistungspflicht der SUVA für die Folgen des Verkehrsunfalls vom 13. Februar 1999 für die Zeit ab 1. März 2004 zu Recht verneint.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 6. Februar 2007

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: