

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00378 vom 27. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00378

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00378 du 27 septembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00378 del 27 settembre 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. N. ____, geboren 1967, war seit dem 1. Mai 1999 als Facharbeiterin bei der A. ____, B. ____, angestellt und damit bei der SUVA gegen Unfälle versichert. Am 4. Mai 2004 erlitt sie einen Verkehrsunfall, als auf dem Parkplatz der Arbeitgeberin ein von links kommender Autolenker vorne auf ihr Fahrzeug auffuhr und ihren Wagen in ein auf der rechten Seite parkiertes Auto schob (Urk. 8/1-2). Gegenüber der am nächsten Tag aufgesuchten Dr. med. C. ____, Fachärztin FMH Innere Medizin, klagte die Versicherte über im Verlauf zunehmende Kopfschmerzen und Müdigkeit sowie über Schwindel und Nackenschmerzen. Dr. C. ____, stellte keine neurologischen Auffälle, hingegen eine schmerzhafteste Nackenmuskulatur und eine nach links seitlich eingeschränkte Halsbeweglichkeit fest, diagnostizierte eine Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab 4. bis voraussichtlich Ende Mai 2004 (Bericht vom 21. Mai 2004, Urk. 8/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

1.2. In der Folge wurde N. ____, zur weiteren Behandlung an Dr. med. D. ____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin SAMM, überwiesen. Dieser berichtete über - trotz medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung sowie Ruhigstellung mit Halskragen - weiterbestehende Nackenbeschwerden und Müdigkeit. Er diagnostizierte ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsionstrauma und empfahl die schrittweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit (Bericht vom 1. Juni 2004, Urk. 8/6). Vom 24. August bis 21. September 2004 war die Versicherte in der RehaClinic E. ____, hospitalisiert. Die Ärzte diagnostizierten einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozephallem Schmerzsyndrom sowie posttraumatischer Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung und empfahlen bei nach wie vor vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit einen Arbeitsversuch an der bisherigen Stelle (Bericht vom 26. Oktober 2004, Urk. 8/34).

Am 30. September 2004 (Urk. 8/32) nahmen die Spezialisten der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (Prof. Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Rechtsmedizin, Spez. Forensische Biomechanik, Dr. med. G. ____, Assistenzarzt, und Dr. sc. techn. H. ____, dipl. Ing. ETH) Stellung und erachteten die von der Versicherten geklagten Beschwerden aufgrund der technischen Triage als nicht erklärbar. In der Folge erstattete I. ____, dipl. Automobil-Ing. HTL, Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, unter Bezugnahme auf die Unfallanalyse von J. ____, (Unfallanalytiker bei der K. ____) vom 22. Juli 2004 (Urk. 8/53) seinen Bericht (datierend vom 31. Januar 2005, Urk. 8/55). Aufgrund dieser Aktenlage vollstündigten Prof. F. ____, und Dr. H. ____, am 21. Februar 2005 ihren Bericht (Urk. 8/62).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem ein Arbeitsversuch gescheitert und der Versicherten die Stelle gekündigt worden war (Besprechungsprotokoll vom 25. November 2004, U Ä 8/42), berichteten die Ärzte des Psychiatriezentrums L.____ am 8. Februar 2005 (Urk. 8/59) über die seit 23. September 2004 laufende ambulante Behandlung und diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozepalem Schmerzsyndrom. Am 22. Februar 2005 (Urk. 8/63) hielt SUVA-Kreisarzt Dr. med. M.____ fest, die vorliegenden medizinischen Unterlagen dokumentierten kein organisches unfallbedingtes Korrelat, welches die Beschwerden erklären könnten. Er empfahl eine ergänzende kernspintomographische Abklärung, welche am 10. Mai 2005 an der Uniklinik O.____ durchgeführt wurde. Der leitende Arzt, PD Dr. med. P.____, ersah auf den MRI-Bildern abgesehen von einer leichten Fehllagerung der HWS keine Pathologie (Urk. 8/81). Hierauf hielt Kreisarzt Dr. M.____ am 26. Mai 2005 (Urk. 8/83) fest, dass eine unfallbedingte organische Verursachung des aktuellen Beschwerdebildes nicht mehr anzunehmen sei.

1.3 Ä Ä Ä Ä Mit Verfügung vom 8. Juni 2005 (Urk. 8/86) schloss die SUVA den Fall auf den 13. Juni 2005 ab und stellte die Versicherungsleistungen förmlich ein. Der Krankenversicherer von N.____, die Helsana Versicherungen AG, erhob am 13. Juni 2005 Einsprache, zog diese aber drei Tage später wieder zurück (Urk. 8/88-89). Die Versicherte ihrerseits liess am 1. Juli 2005 (Urk. 8/90) Einsprache erheben, welche die SUVA mit Entscheid vom 22. August 2005 (Urk. 2) abwies.

E. 1.3

1.3.1 Ä Ä Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 Ä Ä Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;

- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

E. 2

2.1 Die erstbehandelnde Ärztin Dr. C.____ führte im Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 8/2) aus, die Beschwerdeführerin sei als PW-Fahrerin von links vorne von einem Fahrzeug angefahren und gegen seitlich parkierte Wagen gedrückt worden. Dabei sei der Kopf mehrmals hin und her geschleudert worden. Im Verlauf seien zunehmende Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und Nackenschmerzen aufgetreten. Befundmässig berichtete Dr. C.____ über eine schmerzhafteste Nackenmuskulatur, eine nach links seitlich eingeschränkte Halsbeweglichkeit, verneinte indes neurologische Ausfälle. Auf den angefertigten Röntgenbildern waren eine Streckhaltung sowie eine diskrete Rotationsfehlstellung zu sehen. Am 24. Mai 2004 (Urk. 8/3) führte sie an, die Beschwerdeführerin habe - nachdem im Anschluss an das Ereignis vorerst keine Symptome aufgetreten seien - nach Stunden zunehmende Kopfschmerzen und Müdigkeit sowie Schwindel verspürt. Sie diagnostizierte ein HWS-Distorsionstrauma mit einer persistierenden Schmerzsymptomatik.

2.2 Auch Dr. D.____ schilderte in seinem Bericht vom 1. Juni 2004 (Urk. 8/6) eine nach einigen Stunden auftretende muskuläre Nackenverspannung, Schwankschwindel, Kopfschmerzen und Müdigkeit. Trotz medikamentöser Behandlung, Ruhigstellung mit Halskragen sowie physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Nackenbeschwerden und die Müdigkeit andauert. Hinzugekommen seien eine Empfindlichkeit auf Lärm, jedoch keine Konzentrationsstörungen oder Vergesslichkeit. In seiner Beurteilung führte Dr. D.____ aus, die Beschwerdeführerin präsentiere die charakteristischen Symptome nach einer HWS-Distorsion. Klinisch seien schmerzbedingte Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Weichteilbefunde im Bereich der linksseitigen Nackenmuskulatur festzuhalten, hingegen beständen keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Vorderhand würden keine neurokognitiven Symptome geschildert. Die nun mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit wie auch das weiterhin mehrstündige tägliche Tragen des Halskragens sowie das bisher fehlende Ansprechen auf die physiotherapeutischen Massnahmen seien negative Elemente in Bezug auf eine allfällige Chronifizierung.

2.3 Die Ärzte der RehaClinic E. ___ führten in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2004 (Urk. 8/34) über die Hospitalisation vom 24. August bis 21. September 2004 aus, beim Eintritt habe die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, intermittierendes Kribbeln sowie Taubheitsgefühl im Ring- und Kleinfinger links geklagt, ferner über eine Lärmempfindlichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Dekonditionierung sowie sozialen Rückzug.

Die Klinikärzte erwähnten, die Beschwerdeführerin habe aktiv an allen Therapien teilgenommen, wobei sie der deutliche Aktivitätsanstieg während des Aufenthaltes erschöpfe habe, was sich in einer erhöhten Ermüdung, einem Schmerzanstieg sowie der Verstärkung der depressiven Symptomatik (seelische Schwere, Affektlabilität, Zukunftsängste) gezeigt habe. Die Auswertung der formalen neuropsychologischen Untersuchung habe im Bereich Aufmerksamkeit/Konzentration eine deutliche Verlangsamung mit schwankender Fehlerkontrolle bei einer deutlich verkürzten Konzentrationsspanne ergeben. Diese Einbußen hätten sich auch auf die mnestischen Prozesse ausgewirkt mit erschwertem Lernzuwachs und verminderten Spätabrufsleistungen bei unauffälliger Erfassungskapazität.

Betreffend die begleitenden psychologischen Gespräche wurde berichtet, es seien die in der Klinik vermittelten Schmerzverarbeitungszusammenhänge näher besprochen worden, insbesondere auch die Bedeutung der Psyche und des eigenen Verhaltens im Umgang mit den Beschwerden.

Zusammenfassend diagnostizierten die Ärzte einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozepalem Schmerzsyndrom sowie posttraumatischer Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung und empfahlen bei nach wie vor vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit einen Arbeitsversuch an der bisherigen Stelle.

E. 2.4

Nachdem Dr. D. ___ am 15. Dezember 2004 (Urk. 8/47) über nach wie vor bestehende Nackenschmerzen im höheren Intensitätsbereich, Lärmempfindlichkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen berichtet und nunmehr das depressive Zustandsbild als im Vordergrund stehend bezeichnet hatte, diagnostizierten die Ärzte des Psychiatricentrum L. ___ am 8. Februar 2005 (Urk. 8/59) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozepalem Schmerzsyndrom. Sie erwähnten eine seit dem Unfall bestehende verminderte psychische Belastbarkeit, eine depressive Stimmungslage sowie eine rasche Ermüdung bei Alltagsaktivitäten. Aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen sowie der seit dem Unfall bestehenden verminderten Konzentrationsfähigkeit gingen die Ärzte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Das Zustandsbild habe sich unter der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung insgesamt verbessert, jedoch aufgrund der körperlichen Einschränkungen auf einem mäßigen Niveau stabilisiert.

2.5 Am 10. Mai 2005 (Urk. 8/81) berichtete PD Dr. P. ___ von der Uniklinik O. ___ - abgesehen von einer leichten Fehllage der HWS - von einer nicht pathologischen MRI-Untersuchung. Darauf hielt Kreisarzt Dr. M. ___ am 26. Mai 2005 (Urk. 8/83) fest, dass die neurologischen Untersuchungen normale Befunde gezeigt hätten und radiologisch eine strukturelle Verletzung der HWS ausgeschlossen worden sei. Die

vom Rheumatologen Dr. D. ___ beschriebene Steckhaltung sei völlig unspezifisch und könne nicht als beweisend für einen organischen Schaden an der HWS betrachtet werden. Bei den erhobenen klinischen Befunden handle es sich durchwegs um solche, die auch bei harmlosen Befindlichkeitsstörungen der HWS anderer Genese erhoben werden könnten. Bildgebend sei ein organischer Schaden, der das Beschwerdebild erklären könnte, ausgeschlossen worden. Es hätten keine reproduzierbaren klinischen Befunde erhoben werden können, wie man sie bei einem organisch verursachten Beschwerdebild erwarten müsste. So sei denn Dr. D. ___ auch bereits am 15. Dezember 2004 zum Schluss gekommen, dass klinisch das depressive Zustandsbild im Vordergrund stehe.

         Zusammenfassend hielt Dr. M. ___ fest, die vorliegenden Unterlagen würden den Schluss zulassen, dass eine organische respektive eine unfallbedingte Verursachung des aktuellen Beschwerdebildes nicht mehr anzunehmen sei.

E. 2.6

2.6.1   In dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Ärzte des Psychiatricentrum L. ___ vom 20. Oktober 2005 (Urk. 3/5) zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozepalem Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die Ärzte diskutierten sodann das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und führten aus, die Zunahme der Schmerzsymptomatik, vor allem im Zusammenhang mit der Depression und den negativen Ereignissen (Arbeitsstellenverlust, negativer Entscheid der Unfallversicherung), spr chen allenfalls dafür, dass sich hier eine unabhängige Krankheit entwickelt habe, deren Symptome nicht mehr direkt in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis gebracht werden könnten.

         Die Fachärzte brachten weiter vor, ob ein realer adäquater Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall bestehe, könne nur in einem ausführlichen Gutachten geklärt werden. Es sei zu vermuten, dass die Entwicklung der depressiven Symptomatik nicht mehr nur als Folge des Unfalls, sondern auch im Rahmen der individuellen Krankheitsverarbeitung gesehen werden müsse. Trotzdem sei anzuführen, dass sich mit ziemlicher Sicherheit ohne ein Unfallgeschehen weder die genannte depressive Symptomatik noch eine somatoforme Schmerzstörung ausgebildet hätte.

E. 2.6.2

Ebenfalls zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin berichtete am 4. November 2005 (Urk. 3/4) Dr. C. ___ und führte aus, im Anschluss an den Unfall hätten die vorerst eher leichteren bis m ssigen HWS- und Kopfbeschwerden mit schwächeren Analgetika kontrolliert werden können. Während der ersten zwei Monate sei auch kein Dauerschmerz vorhanden gewesen. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt in E. ___ sei eine deutliche Verschlechterung der Gesamtsituation (sowohl psychisch wie auch bezüglich der Schmerzen) eingetreten mit Dauerbeschwerden und Schmerzverst rkung auch bei leichteren Haushaltarbeiten, welche vorher möglich gewesen seien. Ab ca. acht Wochen nach dem Unfall sei mit der Dauereinnahme eines schwächeren Analgetikums sowie einer antidepressiven medikamentösen Behandlung begonnen worden. Ab November sei eine weitere Verschlechterung eingetreten, und ab Juli 2005 würden nun opioidhaltige Medikamente eingesetzt.

Dr. C.____ legte weiter dar, die Beschwerdeführerin habe das Unfallgeschehen als ausserordentlich beängstigendes Ereignis erlebt. Sie sei durch den Unfall und die anhin wenig erfolgreichen Massnahmen vollständig aus ihrem bisherigen Leben herausgeschleudert worden. Der Unfall und die nachfolgende Zeit würden als Lebensknick erfahren. Die Entlassung sowie die Einstellung der Zahlungen der Beschwerdegegnerin würden als extrem verletzend empfunden, da sie alle eingeleiteten Therapiemassnahmen aktiv und gut kooperierend mitgemacht habe.

Die Hausärztin legte zusammenfassend dar, die noch vorhandenen gesundheitlichen (psychischen und physischen) Beeinträchtigungen seien gänzlich auf das Unfallereignis zurückzuführen.

E. 2.7

2.7.1 In technischer Hinsicht lag der Beschwerdegegnerin die Unfallanalyse von J.____ von der K.____ vom 22. Juli 2004 (Urk. 8/21) vor, welcher beim ersten Zusammenprall eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Wagens der Beschwerdeführerin von zwischen 9 und 15 km/h und beim zweiten Aufprall eine solche von zwischen 5 und 10 km/h errechnete.

E. 2.7.2

Nachdem die Spezialisten der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik am 30. September 2004 (Urk. 8/32) noch ohne Kenntnis der Unfallanalyse berichtet hatten, erstatteten sie am 21. Februar 2005 (Urk. 8/62) nach entsprechender Einsichtnahme einen vollständigen Bericht. Dabei führten sie aus, es sei aus technischer Sicht davon auszugehen, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung bei beiden Aufprallen unter 15 km/h betragen habe, möglicherweise gar unter 10 km/h (Urk. 8/62 S. 4). Biomechanisch relevante Besonderheiten seien nicht aktenkundig. Bezüglich der Kollision sei zu sagen, dass zwar der zeitliche Abstand zwischen den beiden Aufprallen nicht eruiert werden könne, indes aufgrund der sehr geringen Heftigkeit des zweiten Aufpralles auch bei einer sehr raschen Abfolge keine relevante Aufschaukelung der HWS-Bewegungen erkennbar sei. Die Aussage, dass der Kopf mehrfach hin und her geschleudert worden sei, sei qualitativ vom Erleben eines Insassen her verständlich, doch ergebe sich aus den genannten Gründen keine relevante HWS-Belastung. Da kein Kopfaufprall beschrieben worden sei, sei auch in dieser Beziehung keine Abweichung vom Normalfall erkennbar (Urk. 8/62 S. 5/6).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Unfallanalyse und der medizinischen Unterlagen, dass die im Anschluss an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall nicht erklärbar seien. Aus technischer, medizinischer und biomechanischer Sicht hätten keine Abweichungen von einem normalen Geschehen im Rahmen der Kollision und damit keine Ursachen für die anhaltenden Beschwerden festgestellt werden können (Urk. 8/62 S. 6).

E. 3

Ausgehend von der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, wonach ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen ist, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches

Beschwerdeführerin dies so erlebt haben will. Sie fuhr auf dem Firmenareal und suchte nach einem Parkplatz, als ein aus einem Parkplatz fahrendes Auto auf sie aufprallte. Auch aus den dokumentierten Geschwindigkeitsänderungen kann nicht auf eine besondere Eindringlichkeit geschlossen werden.

Die Beschwerdeführerin erlitt sodann keine schweren Verletzungen, welche eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung nötig machten. Wohl absolvierte sie während einer längeren Dauer die verordnete Physiotherapie und führte sie auch eine Craniosakraltherapie durch, eine schwere Verletzung lag indes nicht vor. Im Gegenteil konnte auf den bildgebenden Untersuchungen keine Läsion festgestellt werden.

Die Beschwerdeführerin klagte über Dauerschmerzen und erhielt deswegen eine langdauernde Medikation, zuletzt gar ein opioides Analgetikum, welches zu den stärksten Schmerzmitteln zählt (Urk. 3/5). Der Grund für das Schmerzempfinden ist jedoch nicht in den klinisch nachweisbaren Schädigungen zu sehen, sondern in der Anpassungsstörung und damit in der psychischen Pathologie der Beschwerdeführerin. Diese ist im Rahmen der Adäquanzbeurteilung jedoch nicht zu berücksichtigen.

Sodann gibt es keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung und/oder für einen schwierigen Heilungsverlauf.

Auch der Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind wohl insofern auffällig, als die Beschwerdeführerin seit dem Unfall keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgeht und Arbeitsversuche an der bisherigen Stelle gescheitert sind, obwohl die Ärzte eine gute Prognose gestellt hatten. Auch diese Problematik liegt wiederum in der psychischen Pathologie der Beschwerdeführerin begründet.

E. 4.4

Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien kein einziges gegeben ist (Dauerschmerzen, Dauer der Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit lagen bloss in der psychischen Einschränkung begründet). Damit sind die von der Beschwerdeführerin nach dem 13. Juni 2005 weiterhin geklagten Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 4. Mai 2004. Dass Dr. C. ___ sowie die Ärzte des Psychiatricentrum L. ___ dieses Ergebnis anzweifeln (Urk. 3/4-5), ist insofern unbeachtlich, als der Entscheid über die Adäquanz eine rechtliche und nicht eine medizinische Frage beschließt. Und diese Frage ist vorliegend eindeutig zu beantworten. Insofern erbringen sich auch weitere medizinische Abklärungen.

Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 13. Juni 2005 eingestellt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Thomas Schätz
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - Bundesamt für Gesundheit

