

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00349 vom 24. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00349

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00349 du 24 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00349 del 24 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

1.3.1. 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).

- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige 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 hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den 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 (BGE 134 V 109 ff.; 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).

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 Die ZÄrlich hielt zusammengefasst fest, es müsse nicht abschliessend geprüft werden, ob zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, da die Adäquanz ohnehin zu verneinen sei. Die Adäquanzprüfung habe dabei nach BGE 115 V 133 zu erfolgen, da von einer charakteristischen Häufung der typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma nicht auszugehen sei. Auch die Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 359 würde zu keinem anderen Resultat führen (Urk. 2 insbesondere S. 5 ff., Urk. 7).

2.2.1.1.1.1.1 Dagegen macht die Beschwerdeführerin geltend, die geklagten HWS-Distorsionsbeschwerden, die myofasciale Symptomatik, die Zervikobrachialgie links und der traumatisch entstandene Torticollis seien - gestützt auf die Einschätzung von Dr. B.____ und Dr. G.____ - auf den Unfall zurückzuführen. Da es sich dabei um somatische Diagnosen handle, seien keine speziellen Anforderungen an die Adäquanz zu stellen. Für allfällige psychische Folgen sei die Adäquanz zu bejahen, da zu den zwei von der ZÄrlich bejahten Zusatzkriterien das Kriterium einer medizinischen Fehldiagnose hinzukomme. Dabei sei noch kein definitiver Zustand eingetreten, da Dr. F.____ und Dr. G.____ weitere Behandlungen vorgeschlagen hätten. Die ZÄrlich habe die Heilbehandlung und die Taggelder daher zu früh terminiert. Eventuell sei eine Expertise in Auftrag zu geben, um den medizinischen Streit zu bereinigen (Urk. 1 insbesondere S. 4 ff.).

2.3.1.1.1.1 Strittig und zu prüfen ist somit, ob bei der Beschwerdeführerin ab dem 30. November 2006 weiterhin unfallkausale Beschwerden vorhanden sind, für die sie Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat, und ob der medizinische Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt wurde.

E. 3

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 In Bezug auf die nach dem Unfall vom 25. Juni 2005 aufgetretenen Beschwerden und Befunde wurde in den medizinischen Berichten das Folgende aufgeführt:

1.1.1.1.1.1 Aus den Berichten der Klinik Z.____, welche nach der Notfallkonsultation vom 25. Juni 2005 verfasst wurden, geht die Diagnose eines

kraniozervikalen Beschleunigungstraumas nach Verkehrsunfall am 25. Juni 2005 hervor. Es habe eine schmerzhafte muskuläre Verspannung am Hals und eine schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der HWS bestanden, jedoch sei kein Schwindel auslösbar gewesen. Auch habe die Versicherte keine Einschränkung von Motorik und Sensibilität in den übrigen Extremitäten gezeigt. Das Röntgen und CT hätten keine Wirbelkörperfraktur ergeben, jedoch diskrete degenerative Veränderungen mit Spondylose C4/5 und C5/6 (Urk. 9/ZM1-3).

Der behandelnde Hausarzt Dr. A. ___ diagnostizierte am 27. Juni 2005 ein Beschleunigungstrauma der HWS, posttraumatische Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Sehstörungen sowie Schlafstörungen. Die Beschwerdeführerin habe über Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden sowie über Parästhesien im Kopf, Nacken und Arm, Schwindel, Seh- und Schlafstörungen geklagt (Urk. 9/ZM4). Im Wesentlichen gleichen Inhalts sind Dr. A. ___s weitere Berichte vom 11. Oktober 2005 (Urk. 9/ZM7) sowie vom 8. Februar 2006 (Urk. 9/ZM14).

Dr. B. ___, an welchen die Versicherte von ihrem Hausarzt überwiesen wurde (Urk. 9/ZM16), erstellte im Mai 2006 ein CT der HWS sowie ein Funktions-CT von C0 bis C4. Diese ergaben eine leichte Osteochondrose und Spondylose C5/6 jedoch ohne Bandscheibenprotrusion, ganz diskrete flache Protrusionen C4/5 und C6/7 ohne neurale Kompression sowie eine Hypomobilität rechts C2 bis C4 bei ansonsten normalen Verhältnissen (Urk. 9/ZM20). Bei der Beschwerdeführerin lägen eine HWS-Distorsion mit Zervikobrachialgie links und ausgeprägter myofascialer Symptomatik vor. Es beständen jedoch keine neurologischen, neurovegetativen oder neuropsychologischen Ausfälle bei eingeschränkter Beweglichkeit der HWS. Die Beschwerdeführerin benötige eine myotonolytische (muskelentspannende) Behandlung sowie lokale Anwendungen mit Salben, Pflaster etc. Sie müsse auch in der Selbstbehandlung mit Dehnung und Kräftigung der Muskulatur unterrichtet werden. Bis die neuen therapeutischen Massnahmen griffen, bleibe die Versicherte noch zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/ZM24).

Im Anschluss an die Hospitalisation vom 26. Juni bis zum 24. Juli 2006 in der Klinik D. ___ wurden eine HWS-Distorsion am 25. Juni 2005 mit/bei chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom links, einer leichten Osteochondrose und Spondylose C5/C6 ohne Bandscheibenprotrusion, diskreten flachen Protrusionen C4/C5 und C6/C7 ohne neuronale Kompression und einer Hypomobilität rechts C2 bis C4 und ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom links diagnostiziert. Die neuropsychologische Untersuchung habe keine kognitiven Defizite ergeben. Aufgrund der Schmerzwahrnehmung sei die Beschwerdeführerin noch etwas reduziert. Einer Wiederaufnahme der Arbeit stehe jedoch nichts im Wege. Im Gegenteil sei zur Schmerzdistanzierung und Tagesstrukturierung ein rascher beruflicher Wiedereinstieg sehr zu empfehlen und auch zuzumuten. Wie mit der Casemanagerin besprochen, könne mit einem 30%-Pensum begonnen werden mit anschliessender raschen schrittweisen Steigerung. Aus therapeutischer und medizinischer Sicht sei die ambulante Physiotherapie mit Benutzung eines Trainingsraumes indiziert (Urk. 9/ZM28).

Eine weitere neurologische Untersuchung erfolgte auf Veranlassung des Hausarztes Dr. A. ___ durch Dr. E. ___ am 9. November 2006. Sie stellte die Diagnosen eines linksbetonten zervikozephalen und -brachialen Schmerzsyndroms nach Distorsionstrauma am 25. Juni 2005 und eines leichten, nicht sicher symptomatischen

Karpaltunnelsyndroms links bei Linkshändigkeit. Bewegungen der HWS würden Schmerzen verursachen. Es würden sich multiple druckschmerzhafte Punkte links occipital, im Nacken- und Schulterbereich, weniger ausgeprägt auch im Ellenbogen, nicht hingegen an der linken Hand. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch mittellebhaft. Es werde ein leichtes diffuses Andersempfinden an der linken Hand vor allem am zweiten bis fünften Finger angegeben, das nicht einem radikalen Dermatome oder peripher nervösen Versorgungsgebiet zugeordnet werden und differentialdiagnostisch am ehesten als funktionelles Begleitsymptom zervikospindyloiden erklärt werden könne. Klinisch imponiere ein zervikozephalo- und vor allem -brachiales Schmerzsyndrom. Aufgrund der Anamnese, des klinischen Befundes des früher angefertigten CTs der HWS bestehe kein Hinweis auf eine zusätzliche zerviko-medulläre oder -radikale Läsion als Ursache der Schmerzen. Auch sei der neurologische Untersuchungsbefund normal. Es würden sich Zeichen eines leichten Karpaltunnelsyndroms, wie es nicht selten an der dominanten Hand nachweisbar sei (Urk. 9/ZM32).

Dr. F. ___ diagnostizierte sodann im Bericht vom 5. Januar 2007 einen Status nach Distorsionsstrauma der HWS, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Die Schmerzen im Bereich der HWS und des linken Armes liessen sich weder mit dem Trauma noch mit dem unfallfremden Karpaltunnelsyndrom erklären, sondern nur mit einer zusätzlichen somatoformen Schmerzstörung. Als Therapien schlage sie eine Dekompression des Nervus medianus links vor. Damit liesse sich zeigen, inwieweit die Situation verbessert werden könne. Weiterhin käme eine antidepressive Therapie sowie die Gabe von Antirheumatika in Frage. Auch sei eine psychiatrische Begleitung zu erwägen (Urk. 9/ZM36 S. 5).

Anlässlich der zweiten Untersuchung am 14. Februar 2007 nahm Dr. B. ___ zum diagnostizierten Karpaltunnelsyndrom Stellung und wiederholte, dass eine linksseitige Symptomatik im Sinne einer Zervikobrachialgie links vorliege. Die ausgeprägte myofasciale Symptomatik könne zu neurovaskulären Symptomen führen, wie sie die Beschwerdeführerin beschreibe. Dies könne freilich neben einem Karpaltunnelsyndrom bestehen. Die Untersuchung habe im Wesentlichen eine stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS gezeigt, Tendomyosen und eine Druckdolenz der Nacken- und Schultermuskulatur. Es liege jedoch keine somatoforme Schmerzstörung vor. Die Beschwerdeführerin benötige nach wie vor myotonolytische Behandlung und Analgesie (Urk. 9/ZM40).

3.1.2. Der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von PD Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Neurologie, vom 30. Juli 2007 wurde zwar erst nach Erlass des Einspracheentscheids vom 18. Juni 2007 (Urk. 2) erstellt. Da er aber über den Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids Auskunft gibt, ist er zu berücksichtigen. Dr. G. ___ diagnostizierte einen Status nach Distorsion der HWS mit reaktiver myofascialer Symptomatik sowie einer Zervikobrachialgie links und führte den Verdacht auf einen traumatischen Torticollis auf. Es handle sich um Folgen des Unfalls, wobei eine ausgeprägte myotendinotische Situation im Bereich des linken Nackens und der linken Schulter bestehe. Eine probatorische Behandlung mit Botulinumtoxin sei empfehlenswert, insbesondere wenn die bisherigen therapeutischen Bemühungen nichts gebracht hätten (Urk. 3/3).

3.2. Zu prüfen ist vorerst, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 25. Juni 2005 und den von der Versicherten geklagten Leiden gegeben

ist. Dabei ist vorweg festzuhalten, dass der Einschätzung der ZÄrlich, welche die charakteristische Häufung der typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma verneinte, nicht gefolgt werden kann (Urk. 2 S. 6 f.). Zum einen sieht nämlich die neuere bundesgerichtliche Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109) vor, dass bei längerem Andauern der Beschwerden bis hin zur Chronifizierung eine eingehende medizinische Abklärung bereits in einer ersten Phase nach dem Unfall vorzunehmen ist. Da der Unfall jedoch bereits mehrere Jahre zurückliegt und dieses Erfordernis in dieser Deutlichkeit damals noch nicht bekannt war, kann eine solche Abklärung nicht nachgeholt werden. Dies kann jedoch nicht der Versicherten angelastet werden, so dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall bereits aus diesem Grund nicht einfach verneint werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2008 in Sachen G., 8C_370/2007, Erw. 3 mit Hinweisen). Zum anderen wurde am Unfalltag (25. Juni 2005) eine schmerzhafte muskuläre Verspannung mit Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der HWS (Urk. 9/ZM1-3) festgehalten. Zudem führte der Hausarzt am darauf folgenden Montag, dem 27. Juni 2005, und damit innerhalb der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden als weitere Beschwerden Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Parästhesien im Kopf, Nacken und Arm, Rückenschmerzen, Schwindel, zum Teil Sehstörungen sowie Schlafstörungen auf (Urk. 9/ZM4). Dabei wurden diese Beschwerden dem HWS-Trauma und dessen Verletzung zugesprochen, womit sie Teil des typischen bunten Beschwerdebildes sind. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht das gesamte typische Beschwerdebild von Anfang an in Erscheinung treten muss. Vielmehr genügt das Auftreten von gewissen Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion oder an der HWS innerhalb der genannten Latenzzeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 15. Januar 2008, 8C_8/2007, Erw. 4.1). Es ist daher - entgegen der Auffassung der ZÄrlich - festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 25. Juni 2005 eine Distorsion der HWS erlitten hat, die unter den Begriff des sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule fällt und welche für gewisse der danach aufgetretenen Beschwerden (vgl. unten Erw. 3.3) zumindest teilweise natürlich kausal war.

3.3.1

3.3.1 Gestützt auf den Austrittsbericht der Klinik D. vom 24. August 2006 sowie die Berichte von Dr. E. vom 10. November 2006, Dr. F. vom 5. Januar 2007 sowie von Dr. B. vom 17. Mai 2006 beziehungsweise vom 19. Februar 2007 ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin derzeit ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom links bei ausgeprägter myofascialer Symptomatik, eine leichte Osteochondrose und Spondylose C5/C6 ohne Bandscheibenprotrusion, diskrete flache Protrusionen C4/C5 und C6/C7 ohne neuronale Kompression und eine Hypomobilität rechts C2 bis C4 und ein Karpaltunnelsyndrom beidseits vorliegen (Urk. 9/ZM24, Urk. 9/ZM28, Urk. 9/ZM32, Urk. 9/ZM36, Urk. 9/ZM40).

3.3.2 Bei der von Dr. G. gestellten Verdachtsdiagnose eines traumatischen Torticollis (vgl. Urk. 3/3) kann - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4) - nicht auf einen natürlich unfallkausalen Restbefund geschlossen werden. Denn es handelt sich zum einen lediglich um eine Verdachtsdiagnose und damit nicht um eine mit klaren objektiven Befunden begründete Diagnose, weshalb bereits deshalb nicht von einem entsprechenden Leiden ausgegangen werden kann. Zum anderen wurde diese

9/ZM24 S. 3, Urk. 9/ZM28 S. 5 f., Urk. 9/ZM32 S. 2, Urk. 9/ZM36 S. 4). Damit ist von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgeschäden auszugehen, weshalb in der Folge weiter zu prüfen ist, ob die Adäquanzkriterien gemäss der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) erfüllt sind. Für die Anwendung der Adäquanzkriterien gemäss BGE 115 V 133 besteht hingegen kein Anlass, zumal - wie oben erwähnt (Erw. 3.2) - von einer HWS-Distorsion auszugehen ist und ausserdem vom Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung - einzig diagnostiziert von der Neurologin Dr. F.____ - nicht auf eine psychische Erkrankung geschweige denn auf eine im Vordergrund stehende psychische Problematik geschlossen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu erwähnen ist sodann, dass das Bundesgericht in seinem präzisierenden Urteil vom 19. Februar 2008 (BGE 134 V 119, Erw. 7.2) erneut bestätigte, dass derzeit keine neuen Untersuchungsmethoden ersichtlich sind, welche in wissenschaftlich anerkannter Weise den bislang nicht möglichen Nachweis von organischen Störungen im Bereich von HWS oder Schädel-Hirn gestatten. Damit besteht für weitere bildgebende Abklärungen beziehungsweise die von der Beschwerdeführerin beantragte Gerichtsexpertise (vgl. Urk. 1 S. 2) kein Anlass, zumal auch keiner der involvierten Ärzte weitere Abklärungen empfohlen hat. Ausserdem wird die natürliche Unfallkausalität für die eben erwähnten Beschwerden entsprechend der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 3 ff.) bejaht. Auf den Beizug der Akten der Invalidenversicherung kann sodann verzichtet werden, da davon auszugehen ist, dass sich aus ihnen keine neuen Erkenntnisse für die Beurteilung der in der Unfallversicherung relevanten Fragen ergeben (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 Erw. 1d S. 162).

3.3.6 Ä Ä Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs sei zu früh erfolgt, da noch kein definitiver Zustand vorliege. So habe Dr. F.____ eine Dekompression des Nervus medianus und Dr. G.____ eine Behandlung mit Botulinumtoxin vorgeschlagen (Urk. 1 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorwegzunehmen ist, dass es sich bei der von Dr. F.____ vorgeschlagenen Dekompression des Nervus medianus um eine Behandlungsmethode für das nicht unfallkausale Karpaltunnelsyndrom handelt. Da diese therapeutische Massnahme keine Unfallfolge betrifft, kann sie keine Berücksichtigung bei der Frage, ob der Endzustand eingetreten ist, finden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine versicherte Person hat sodann so lange einen Anspruch auf Heilbehandlung, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes im genannten Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 Erw. 4.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008 in Sachen R., 8C_470/2007 Erw. 4.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erfolgte die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs durch die Zürich nicht zu früh. Denn zum einen stellt die Behandlung mit Botulinumtoxin keine wissenschaftlich

anerkannte Heilbehandlung dar. Zudem lässt die Behandlung - auch nach der Einschätzung Dr. G. ___ - keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes erwarten, zumal er die Behandlung nur probatorisch - also versuchsweise - vorschlägt und zu einer zu erwartenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht Stellung nimmt. Schliesslich erwähnten auch die weiteren involvierten Ärzte, insbesondere Dr. B. ___ (vgl. zum Beispiel Urk. 9/ZM40, Urk. 9/ZM32, Urk. 9/ZM28), keine weiteren wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen, die eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen.

E. 4

4.1.1 In Anbetracht der Darstellung des Unfallhergangs anlässlich der Befragung durch die H. ___ (Urk. 10/ZA2), der in der Unfallmeldung und den Arztberichten aufgeführten Schilderungen (Urk. 8/Z1, Urk. 9/ZM3-4, Urk. 9/ZM24) sowie der Unfallanalyse vom 19. Dezember 2005, welche eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von lediglich rund 8 bis 10,9 km/h ergab (Urk. 10/ZA5), kann das Unfallereignis vom 25. Juni 2005 höchstens als mittelschwer in der leichteren Hälfte eingestuft werden. Dafür, dass es sich um eine schwere Auffahrkollision gehandelt habe (vgl. Urk. 1 S. 3), fehlen jegliche Anhaltspunkte. In die Beurteilung der Unfalladäquanz sind daher die von der Rechtsprechung aufgestellten Zusatzkriterien einzubeziehen.

E. 4.2

4.2.1.1 Dass weder von besonders dramatischen Begleitumständen noch von einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls gesprochen werden kann, bedarf mangels jeglicher Anhaltspunkte hierfür keiner näheren Erörterung.

4.2.2.1 Was sodann das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas für sich allein die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen vermag (vgl. BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Mai 2005 in Sachen P., U 329/03, Erw. 3.3.2). Weiter musste sich die Beschwerdeführerin nach dem Unfall keinen fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlungen bis zum Fallabschluss unterziehen. So wurden der Beschwerdeführerin physiotherapeutische Sitzungen, eine Craniosacral-Therapie, eine chinesische Massage und Akupunktur sowie Analgesie verschrieben (vgl. Urk. 9/ZM3 S. 2, Urk. 9/ZM5, Urk. 9/ZM7, Urk. 9/ZM14, vgl. Urk. 9/ZM29 S. 4). Die bis zum Fallabschluss vorgenommenen medizinischen Untersuchungen dienten sodann grösstenteils lediglich der Abklärung. Ausserdem stellen auch die Alexander-Technik (vgl. Urk. 9/ZM29 S. 4), bei welcher die körperliche Haltung und Bewegung geschult wird (vgl. [www. http://de.wikipedia.org/wiki/Alexander-Technik](http://de.wikipedia.org/wiki/Alexander-Technik)), und der im Rahmen der Physiotherapie durchgeführte Kraftaufbau keine speziell belastenden ärztlichen Behandlungen dar (vgl. Urk. 9/ZM29 S. 4).

4.2.3.1 Sodann bestehen weder Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, noch auf einen schwierigen Heilungsverlauf beziehungsweise erhebliche Komplikationen. Das von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Argument, die Diagnose des Karpaltunnelsyndroms sei als eine Fehldiagnose beziehungsweise als Fehlbehandlung zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 4), ist haltlos. Aufgrund der übereinstimmenden Diagnosestellung (vgl. Urk.

9/ZM28, Urk. 9/ZM32, Urk. 9/ZM36 und auch Urk. 9/ZM40) ist zum einen nicht von einer Fehldiagnose auszugehen. Zum anderen legte die Beschwerdeführerin nicht dar, inwiefern die Unfallfolgen dadurch verschlimmert worden oder Komplikationen eingetreten seien. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. Ferner kann alleine damit, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über die im Wesentlichen gleichgebliebenen Beschwerden klagt, ein schwieriger Heilungsverlauf nicht begründet und das entsprechende Kriterium nicht als erfüllt erachtet werden, zumal das Bestehen klinischer Korrelate bald ausgeschlossen werden konnte.

4.2.4.1 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss der Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 in Sachen M., 8C_252/2007, Erw. 7.7.1). Die Beschwerdeführerin führte im Januar 2006 sowie vom 1. bis zum 20. September 2006 je einen therapeutischen Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin in einer Bäckerei durch. Diese Versuche wurden wegen zunehmender Beschwerden abgebrochen (Urk. 8/Z 49, Urk. 8/Z57, Urk. 9/ZM29 S. 3 ff.). Ausserdem setzte sie sich im Rahmen des Behandlungsprogramms an der Klinik D. ein, zeigte viel Einsatz und eine gute Compliance (vgl. Urk. 9/ZM28 S. 1-3). Die Beschwerdeführerin offenbarte damit in einem gewissen Masse den Willen, sich durch aktive Mitwirkung wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Da sie sich aber - trotz der aus medizinischer Sicht attestierten Arbeitsfähigkeit von anfänglich 30 % mit rascher Steigerungsmöglichkeit (Urk. 9/ZM28 S. 3) - nach der Kündigung in der Bäckerei per 31. Oktober 2006 nicht um weitere Massnahmen und Arbeitsversuche in Tätigkeiten, welche ihren Beschwerden möglicherweise besser angepasst gewesen wären, bemühte, ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zwar erfüllt aber aufgrund des gesamthaft gesehenen eher mittelmässigen eigenen Einsatzes als weder auffallend noch besonders ausgeprägt zu bezeichnen.

4.2.5.1 Adquanzrelevant können schliesslich nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die Versicherte durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Das Kriterium kann in Anbetracht der geklagten Beschwerden grundsätzlich als erfüllt angesehen werden. Dies aber weder auffallend noch in besonders ausgeprägter Form, da die Beschwerden weder intensive und einschneidende Therapiephasen und Massnahmen noch wiederholte

Rehabilitationsaufenthalte nützlich machen.

4.3 Zusammenfassend sind höchstens zwei der sieben Kriterien erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffälliger Weise. Dies reicht zur Adäquanzbejahung praxisgemäss nicht aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 in Sachen M., 8C_252/2007, Erw. 8 und vom 26. Juni 2008 in Sachen G., 8C_370/2007, Erw. 5.5).

Damit kommt dem Unfall vom 25. Juni 2005 keine rechtlich massgebende Bedeutung für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden zu. Die Zürich hat daher hierfür keine weiteren Versicherungsleistungen zu erbringen.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas

- "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft

- 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.