

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00171 vom 21. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00171

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00171 du 21 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00171 del 21 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. A., geboren 1969, war als Arbeitslose bei der B. Arbeitslosenkasse in Y. zum Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung gemeldet und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 13. April 2006 in Italien als Beifahrerin auf dem Rücksitz eines Personenwagens einen Auffahrunfall erlitt (Urk. 13/1 Ziff. 1, Ziff. 4-5, Urk. 13/4.2 Ziff. 1, Ziff. 3-4, Urk. 13/8/1). Dabei erlitt sie eine Halswirbelsäulen-(HWS)-Distorsion (Urk. 13/2 Ziff. 5).

Die SUVA erbrachte für die Folgen dieses Ereignisses die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung).

Mit Verfügung vom 29. Oktober 2007 (Urk. 13/106) stellte die SUVA die Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2007 ein. Am 7. November 2007 erhob die Mutuel Assurances vorsorglich Einsprache, die sie am 22. November 2007 wieder zurückzog (Urk. 13/107, Urk. 13/109). Die von der Versicherten am 29. November 2007 erhobene Einsprache (Urk. 13/110/1-4 = Urk. 3/2) wies die SUVA am 15. April 2008 ab (Urk. 13/123 = Urk. 2).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 15. April 2008 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 16. Mai 2008 Beschwerde mit den Anträgen, dieser sei aufzuheben, und es seien bis zum heutigen Zeitpunkt sowie weiterhin volle Taggelder auszurichten und die weiteren Heilbehandlungskosten zu übernehmen. Eventualiter seien Rentenleistungen zu erbringen sowie eine Integritätsentschädigung festzusetzen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht seien allenfalls weitere geeignete ärztliche Abklärungen zu tätigen (Urk. 1 S. 2).

Am 7. Juli 2008 reichte die Versicherte einen Bericht der C. Klinik vom 25. Juni 2008 ein (Urk. 8-9). Hierzu nahm die SUVA im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 19. August 2008 (Urk. 12) Stellung und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Die Versicherte hielt in der Replik vom 19. September 2008 (Urk. 16) an ihren Anträgen fest; die Duplik wurde am 13. Oktober 2008 erstattet (Urk. 20), worauf der Schriftenwechsel am 18. November 2008 geschlossen wurde (Urk. 23).

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt D., Y., zeigte am 18. November 2009 seine Mandatsniederlegung an (Urk. 24). Mit Schreiben vom 29. Januar 2010 (Urk. 25) teilte der neue Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur, Döbendorf, mit, die Interessenwahrung der Beschwerdeführerin weiterzuführen, was

der SUVA am 8. Februar 2010 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 27).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, die Verfügung vom 29. Oktober 2007 sei ungenügend begründet gewesen.

1.2 Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

1.3 Mit Verfügung vom 29. Oktober 2007 (Urk. 13/106) stellte die Beschwerdeführerin ihre Leistungen per 31. Oktober 2007 ein und führte aus:

Aus medizinischer Sicht sind die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Es ist daher die Adäquanz zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE) 117 V 359. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien ist die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2007 eingestellt werden.

1.4 Die Einsprache ist ein Rechtsmittel, mit dem der Verfügungsempfänger die Instanz, welche die Verfügung erlassen hat, um nochmalige förmliche und einlässlichere Beurteilung des Streitgegenstandes ersucht (Morger, Das Einspracheverfahren im Leistungsrecht des Unfallversicherungsgesetzes [UVG], in: SZS 1985, S. 240 ff.). Daraus folgt, dass die von der Rechtsprechung entwickelten Mindestanforderungen an einen Einspracheentscheid nicht ohne weiteres auf durch Einsprache anfechtbare Verfügungen übertragen werden können. Je geringer die formellen Anforderungen an die Einsprache ausgestaltet sind, desto knapper kann die Begründung der Verfügung ausfallen (Kneubühler, Die Begründungspflicht, Diss. Bern 1998, S. 196). Damit das Einspracheverfahren nicht seinen Sinn und Zweck verliert, darf die Verwaltung indessen die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes notwendigen Abklärungen nicht in das Einspracheverfahren verschieben (BGE 132 V 368 Erw. 5 S. 374). Entsprechend darf die Verwaltung nicht zunächst eine Verfügung mit einer Standard-Begründung erlassen, um in der Folge erst im Einspracheentscheid die im konkreten Fall massgeblichen Gründe für die behördliche Anordnung anzuführen und die Begründung damit gleichsam nachzuschieben. Vielmehr hat sie die Verfügung mit erkennbarer Bezugnahme auf die getätigten Abklärungen zu begründen (vgl.

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 2.2

2.2.1.1 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).

2.2.2.1 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

2.2.3.1 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädeldel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

2.2.4.1 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). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. 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. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- 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).

E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Oktober 2007 einstellte, weil zu diesem Zeitpunkt zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 13. April 2006 kein adäquater Kausalzusammenhang mehr bestand.

3.2 Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre weitere Leistungspflicht mit der Begründung, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden beruhten einerseits auf einem nicht objektivierbaren organischen Substrat, welches beim Unfallereignis vom 13. April 2006 gesetzt worden wäre. Andererseits bestehe zwischen diesen beziehungsweise den psychischen Beschwerden und dem Unfall auch kein adäquater Kausalzusammenhang, weshalb die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Oktober 2007 eingestellt worden seien (Urk. 2 S. 10, Urk. 12 S. 12).

3.3 Demgegenüber wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, Prof. Dr. med. E. ___ sei mit der Erstellung einer orthopädischen Beurteilung beauftragt worden, habe aber den vorliegenden Bericht von Dr. med. F. ___, Oberarzt, Uniklinik G. ___, nicht mitunterzeichnet. Diesem Bericht komme deshalb kein Beweiswert zu (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5). Kreisarzt Dr. med. H. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, habe ausserdem eine Neueinschätzung angekündigt, diese jedoch nie vorgenommen, und die neu erstellten Aktengutachten von Kreisarzt Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 29. Januar und 14. Februar 2008 hätten dieses Manko nicht beseitigen. Ausserdem sei ihr im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Berichte das rechtliche Gehör verweigert worden, weshalb es sich um reine Aktengutachten der Beschwerdegegnerin

handle (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6).

E. 4

4.1 Die von Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, am 5. Mai 2006 erhobenen Röntgenbefunde der HWS und Brustwirbelsäule (BWS; Urk. 13/15/2, Urk. 13/15/4) ergaben keine ossären Verletzungen, keine über das altersübliche Mass hinausgehende Degenerationen und keine Fehlstellung der HWS. Einzig liege eine mögliche Blockwirbelbildung C2/3 vor. Den Röntgenbildern konnte Dr. J.____ hinsichtlich der HWS-Funktion bei Inklination eine leichte Ventralisierung von Halswirbelkörper (HWK) 3 gegenüber HWK 4 und möglicherweise auch gegenüber HWK 5 um jeweils 3 mm entnehmen. Eine atlantodentale Instabilität war jedoch nicht feststellbar. Bei der BWS konnte Dr. J.____ anhand der Röntgenbilder eine Fehlform, Bandscheibendegenerationen, Wirbelkörperfrakturen und Scheuermann-Residuen ausschliessen (Urk. 13/15/2 S. 2).

4.2 Die Hausärztin Dr. med. K.____, welche die Beschwerdeführerin erstmals am 8. Mai 2006 untersucht hatte, gab im Arztzeugnis UVG vom 30. Mai 2006 (Urk. 13/2) an, die Beschwerdeführerin habe gleich nach dem Unfall Schmerzen, ein Brennen im Scheitel und am nächsten Morgen zervikale Schmerzen verspürt; eine Bewusstlosigkeit oder Schwindel seien nicht eingetreten. An objektiven Befunden erhob Dr. K.____ eine schmerzhafte Retroflexion zervikal, eine nach rechts schmerzhafte Seitenneigung, einen zervikalen Halsspann sowie eine Druckdolenz im zervikothorakalen Bereich. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung zeigte einen unauffälligen Knochen- und Gelenkbefund (Urk. 13/2 Ziff. 4). Dr. K.____ diagnostizierte eine HWS-Distorsion (Urk. 13/2 Ziff. 5) und verschrieb Analgetika und physikalische Therapie (Urk. 13/2 Ziff. 7).

4.3 Eine am 16. Juni 2006 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS zeigte gemäss Beurteilung durch PD Dr. med. L.____, FMH Radiologie, M.____, vom 19. Juni 2006 (Urk. 13/15/3) eine anlagebedingte Fusion der Wirbelkörper C2 und C3. Er führte aus, im Bereich der ventralen Bodenplatte C3 finde sich ein ganz diskretes Knochenodem, das beispielsweise traumatisch entstanden sein könnte, daneben leichte Dehydrierungen der Zwischenwirbelscheiben C3-C6 und eine kleine mediane Diskushernie C5/C6 mit einer leichten Duralsack-Querschnittseinengung auf 10 mm. Das Neuroforamen C3/C4 links erscheine ossär bedingt etwas eingeengt (Urk. 13/15/3 S. 2).

4.4 Dr. J.____ diagnostizierte am 18. Juli 2007 (Urk. 13/15/1) ein zerviko- bis thorakovertebrales Schmerzsyndrom nach axialer Kontusion bei Auffahrkollision am 13. April 2006 mit einem Verdacht auf eine partielle Blockwirbelbildung C2/3, einer möglichen Instabilität C3/4/5 und einer ausgedehnten muskulären Begleitreaktion. Dr. J.____ berichtete, wie sich nach dem Unfallereignis vom 13. April 2006 ein zunehmend ungünstiger Verlauf entwickelt habe. Eine ambulante physiotherapeutische Betreuung sei praktisch nicht mehr möglich, da bereits kleinste aktive Behandlungsansätze zu massiven Schmerzverstärkungen führten (Urk. 13/15/1).

In seinem Bericht vom 5. Dezember 2006 (Urk. 13/49) hielt Dr. J.____ fest, die Beschwerdeführerin habe am 22. November 2006 erstmals über eine tendenzielle Besserung ihrer Beschwerden berichtet, nachdem sich gegen Ende Oktober 2006 ein therapierefrakter Verlauf abgezeichnet gehabt habe. Dr. J.____ empfahl die Weiterführung der laufenden ambulanten physiotherapeutischen Behandlung (Urk. 13/49/1).

Dr. J.____s Bericht vom 20. April 2007 (Urk. 13/73/1-2) ist zu entnehmen, dass sich die klinische Situation unter Umsetzung der von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Neurologie, empfohlenen therapeutischen, speziell medikamentösen Massnahmen recht ordentlich stabilisiert und sogar ein wenig verbessert habe. Die Beschwerdeführerin leide subjektiv weiterhin unter starker Müdigkeit und Nackenschmerzen bei jeder Kopfbewegung. Von objektiver Seite her finde sich jedoch eine etwas verbesserte Beweglichkeit der HWS (Urk. 13/73/1). Eine segmentale Funktionsstörung, Instabilitätszeichen oder klinische Hinweise für eine Myelonkompression lässen nicht vor. Der Ursprung der Schmerzen liege weiterhin mehrheitlich im muskulären Bereich. Für die Tätigkeit als Hausfrau erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Mai 2007 als zumutbar und seitens des Bewegungsapparates auch vertretbar, wobei vor allem Einschränkungen für überkopfarbeiten mit forcierter HWS-Extension beständen (Urk. 13/73/2).

Am 16. August 2008 fand in der Rehaklinik O.____ ein ambulantes Assessment statt. Dr. med. P.____, Oberarzt, und Dr. med. Q.____, FMH Chirurgie, Rehaklinik O.____, nannten in ihrem Bericht vom 21. August 2008 (Urk. 13/24) folgende Diagnose (Urk. 13/24/1):

- Unfall vom 13. April 2006 (Auffahrkollision)
- axiales Stauchungstrauma der HWS
- zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom
- fragliche Instabilität der mittleren HWS (MRI vom 16. Juni 2006)
- fragliche beginnende meningiale Reizerscheinungen (Differentialdiagnose: beginnende Myelopathie)

Anlässlich der Untersuchung klagte die Beschwerdeführerin über eine Funktionsstörung der mittleren HWS mit anhaltenden, belastungsverstärkten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Oberarm und Hinterkopf, eine eingeschränkte Flexion und Extension der HWS mit diffusem Schwindelgefühl, druckartige Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ein intermittierendes Taubheits- und Kribbelgefühl an beiden Beinen und Händen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (Urk. 13/24/1). Schmerzfreie Tage gebe es keine (Urk. 13/24/7).

Das Beschwerdebild lasse auf das Vorliegen einer möglichen ligamentären Instabilität im Bereich der mittleren HWS (korrelierend mit entsprechenden MRI-Befunden), eine fragliche beginnende meningeale Reizung oder eine beginnende Myelopathie schliessen (Urk. 13/24/2).

Die untersuchenden Ärzte kamen zum Schluss, dass eine Rehabilitation zum jetzigen Zeitpunkt nicht erforderlich sei (Urk. 13/24/3).

Das von Dr. R.____, Facharzt für Radiologie, S.____, am 29. August 2006 durchgeführte funktionelle MRI der HWS ergab gemäß Beurteilung vom 1. September 2006 (Urk. 13/30/2-4) zwischen C4 und C6 ein sogenanntes dysfunctional intersegmental movement (DIM) mit Diskusprotrusionen und Wirbelgleiten als Ausdruck einer verminderten Stabilität. Er hielt fest, in Flexion entstehe eine dynamische Spinalkanalstenose mit leichter Myelonkompression. Weiter sei ein Blockwirbel C2/3

ersichtlich (Urk. 13/30/3).

4.7. Am 18. Oktober 2006 gaben Prof. Dr. med. T.____, Facharzt für Rechts-mezizin, Speziell Forensische Biomechanik, und Dr. sc. techn. U.____, dipl. Ing. ETH, eine biomechanische Kurzbeurteilung ab (Urk. 13/32/2-7). Darin legten sie dar, dass die Beschwerdeführerin nicht angegurtet als Mitfahrerin hinten links in einem Mercedes gesessen sei, als ein anderes Fahrzeug gegen dessen Heck gefahren sei. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung bei der Heckkollision am 13. April 2006 habe für den Mercedes unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h gelegen (Urk. 13/32/4).

Der Bereich für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung, innerhalb welchem nach Heckkollisionen der kritische Wert für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden angenommen werden dürfte, liege für das angestossene Fahrzeug im Normalfall zwischen 10 und 15 km/h. Normalfall heisse, dass die biomechanisch relevante Situation eines Insassen derjenigen Situation entsprechen müsse, die bei der wissenschaftlichen Ermittlung dieses Bereiches vorgelegen habe (Urk. 13/32/4).

Zu beachten sei jedoch die Sitzposition der Beschwerdeführerin, die einen Kopfanprall zur Folge gehabt habe. Bei einem Kopfanprall könne ein sogenanntes Nachstossen des Oberkörpers entstehen. Wenn der Kopf durch die kontaktierte Struktur (hier der Vordersitz) abgebremst werde, konzentrierten sich die Verzögerungskräfte des sich immer noch teilweise in Bewegung befindlichen Oberkörpers auf die HWS, die ja zwischen dem (nun stillstehenden) Kopf und weiterhin sich in Bewegung befindlichen Oberkörper liege. An biomechanisch relevanten Besonderheiten seien zudem leichte degenerative Veränderungen sowie der Kopfanprall zu berücksichtigen; es liege somit eine Abweichung vom Normalfall vor (Urk. 13/32/4).

Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall nur schwierig zu erklären seien; unter Berücksichtigung der genannten Abweichungen vom Normalfall seien sie eher erklärbar (Urk. 13/32/5).

In ihrer zuhanden von Kreisarzt Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, verfassten Stellungnahme vom 25. Mai 2007 (Urk. 13/84) führten Prof. Dr. T.____, Dr. U.____ und Dr. med. V.____, Facharzt für Rechtsmedizin, dipl. NDS Medizinphysik ETHZ, aus, der zuerst nach vorne geneigte Körper sei nach hinten bewegt worden, habe in der teilweise elastischen Lehne des Rücksitzes Anlauf genommen und sei deshalb sekundär nach vorne geworfen worden. Aufgrund der fehlenden Rückhaltung durch einen Gurt habe sich die Kraft zum Abbremsen des Körpers zwischen dem aufgeprallten Kopf und dem Körper, also in der HWS, konzentriert. An ihrer Schlussfolgerung im Rahmen der Triage ändere sich nichts - es handle sich um eine Kollisionskonstellation, die im Normalfall (also mit Gurt) zu nur mit Schwierigkeiten erklärbaren von der HWS ausgehenden Beschwerden führe (kein Kopfanprall). Angesichts der besonderen Umstände könnten auch Kollisionen mit relativ geringen Geschwindigkeitsänderungen zu Verletzungen führen, welche zur Erklärung der initial nach dem Ereignis geschilderten Beschwerden dienen könnten (Urk. 13/84/4).

4.8 Dr. N. ___ führte in seinem Bericht vom 2. Februar 2007 (Urk. 13/61 = Urk. 13/73/3-4) über die neurologische Untersuchung vom 31. Januar 2007 aus, es handle sich um eine erhebliche Traumatisierung der Halswirbelsäule und ihrer Weichteile bei vorbestehendem leichterem Klippel-Feil-Syndrom mit leichter Einengung des Spinalkanals bei C5/C6. Ein sehr leichtes Knochenrücken C3 werde als mögliche Unfallfolge beschrieben. Die anamnestischen Sensibilitätsstörungen der linken oberen und der beiden unteren Extremitäten sowie die Hypästhesie und Hypalgesie am rechten Fuss könnten einer sehr leichten zervikalen Myelopathie zugeordnet werden. Da die physikalische Therapie bereits zu einer relativen Besserung geführt habe, sei anzunehmen, dass die Weiterführung dieser Behandlung und eine geeignete begleitende medikamentöse Behandlung die jetzt zu 80 % bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ab 15. Januar 2007 noch teilweise herabsetzen könne (Urk. 13/61/2).

Dr. N. ___ berichtete am 14. November 2007 (Urk. 13/110/9-10) zuhause von Dr. K. ___ über die erneute neurologische Untersuchung. An den oberen Extremitäten habe er bei detaillierter Kraftprüfung keine Ausfälle finden können, die auf spezielle Nerven- oder Wurzelschädigungen hinwiesen. Auch sensibel fanden sich keine solchen Ausfälle. An den unteren Extremitäten seien diese Prüfungen regelrecht ausgefallen. Das Reflexbild sei eher lebhaft, bilateral symmetrisch, mit etwas kräftigeren Reflexen an den unteren Extremitäten, ohne pathologische Zeichen. Der übrige Neurostatus sei intakt und regelrecht und entspreche den Ergebnissen der letzten Untersuchung vom 31. Januar 2007. Das Zervikalsyndrom sei unverändert. Nach wie vor handle es sich um ein zervikospondylogenes Syndrom mit zervikogener Cephaläa bei leichterem Klippel-Feil-Syndrom nach erheblicher Traumatisierung der Halswirbelsäule und ihrer Weichteile (Urk. 13/110/10).

4.9 Dr. H. ___ berichtete am 15. Mai 2007 über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 13/74). In seiner Beurteilung führte er aus, es beständen bis heute andauernde Nackenbeschwerden. Die radiologischen Untersuchungen hätten Hinweise auf eine fragliche Instabilität ergeben, die er allerdings als physiologisches Treppenphänomen einstufte. Eine Anomalie bestehe insofern, als bei der Beschwerdeführerin ein Blockwirbel C2/C3 vorliege, jedoch ohne erkennbare Bedeutung im aktuellen Zusammenhang (Urk. 13/74/4-5). Klinisch beständen keine Hinweise für eine relevante Instabilität. Dennoch sei diese Frage nicht abschliessend beantwortet worden, weshalb er eine Wirbelsäulensprechstunde der orthopädischen Universitätsklinik empfahl. Bis die fraglichen Punkte geklärt seien, gelte eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. Nachher erfolge eine Neueinschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/74/5).

4.10 Dr. med. F. ___, Oberarzt, Uniklinik G. ___, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. September 2007 (Urk. 13/101) über die am 7. September 2007 durchgeführte Wirbelsäulensprechstunde ein zervikospondylogenes Syndrom nach Auffahrkollision am 13. April 2006 (Urk. 13/101/1).

Gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen vom 7. September 2007 führte Dr. F. ___ aus, es zeige sich insgesamt ein regelrechtes Alignment der HWS, jedoch keine Hypermobilitäten bei einer Blockwirbelbildung C2/3. Im Vergleich zu den Aufnahmen vom 5. Mai 2006 seien die geringen Anterolisthesen von C3 gegenüber C4 und von C4 gegenüber C5 nicht nachweisbar. Das MRI der HWS vom 16. Juni und 29. August 2006 zeige einen normal weiten Spinalkanal. Es liege eine Steilhaltung mit Tendenz

zur Kyphosierung C4/5 und C5/6 vor. Im letzteren Segment sei auch eine diskrete Osteochondrose mit minimaler Protrusion ersichtlich. Hinweise auf eine Kompression neuraler Strukturen läßgen keine vor, die Neuroforamina sei frei und das Myelon nach Form und Signalgebung regelrecht (Urk. 13/101/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung fährte Dr. F.____ aus, es liege kein morphologisches Korrelat fähr die Beschwerden der Beschwerdefährerin vor, insbesondere keine Instabilität. Es läßgen physiologische Bewegungsumfänge vor. Eine Operation sei nicht indiziert (Urk. 13/101/2).

4.11 Ä Ä Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH fähr Chirurgie, nahm Stellung zur natürlichen Kausalität und hielt am 29. Januar 2008 (Urk. 13/116) fest, es bestehe bei der Beschwerdefährerin ein konstitutioneller Vorzustand mit Blockwirbelbildung C2/C3 und leichte degenerative Veränderungen (Urk. 13/116/2). Anlässlich der wirbelsäulenchirurgischen Beurteilung sei kein morphologisches Korrelat fähr die Beschwerdepersistenz gefunden worden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings sei unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde eine gewisse Symptomatologie mit Bewegungsschmerzen und Muskelhartspann durch die degenerativen Veränderungen allenfalls erklärbar (Urk. 13/116/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der ausführlichen Abklärungen und der Befunde, des Unfallmechanismus, der pathologisch-anatomischen Situation und des Verlaufes seien keine Traumafolgen gegeben. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden sei bei unauffälligen neurologischen Befunden, aber unspezifischen Verspannungen und Bewegungseinschränkungen im HWS-Bereich nur möglich (Urk. 13/116/1-2).

4.12 Ä Ä Dr. med. W.____, Assistenzarzt Orthopädie, und Dr. med. X.____, Leitender Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, C.____ Klinik, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 25. Juni 2008 (Urk. 9) chronische Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits nach Auffahrkollision am 3. April 2006, eine Spontanfusion C2/3 und eine kyphotische Knickbildung im Segment C5/6 (Urk. 9 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das MRI der HWS vom 24. Juni 2008 habe im Vergleich zur Voraufnahme vom 16. Juni 2006 einen unveränderten Befund ergeben. Den aktuellen MRI-Aufnahmen sei keine Neurokompression zu entnehmen. Als nächste Massnahme empfahlen die Ärzte eine diagnostisch-therapeutische Infiltration der Facettengelenke C5/6 beidseits (Urk. 9 S. 1).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Dr. J.____, Dr. R.____, Dr. F.____, Dr. H.____, Dr. I.____ sowie Dr. W.____ und Dr. X.____ hielten in ihren Berichten vom 6. Juni, 19. Juni und 1. September 2006, 15. Mai und 10. September 2007, 29. Januar und 25. Juni 2008 (Urk. 9, Urk. 13/15/2, Urk. 13/15/3, Urk. 13/30/2-4, Urk. 13/74, Urk. 13/101/1, Urk. 13/116) übereinstimmend fest, dass ein konstitutioneller Vorzustand mit einer Blockwirbelbildung C2/3 beziehungsweise anlagebedingten Fusion der Wirbelkörper C2 und C3 sowie leichte degenerative Veränderungen der Bandscheiben C3-6, eine kleine mediane Diskushernie C5/6 vorliegen und das Neuroforamen C3/4 links ossär bedingt etwas eingengt erscheint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von Dr. N.____ durchgeführten neurologischen Untersuchungen (Urk. 13/61, Urk. 13/110/9-10) bestätigten sowohl die bildgebenden wie auch anlässlich

der rheumatologischen und wirbelsäulenchirurgischen Untersuchungen erhobenen Befunde, mithin das Vorliegen eines zervikospondylogenen Syndroms mit zervikogener Cephalaea bei leichterem Klippel-Feil-Syndrom, ergaben jedoch keinen pathologischen Befund. Insbesondere konnte Dr. N. ___ laut Bericht vom 14. November 2007 (Urk. 13/101/9-10) bei einer detaillierten Kraftprüfung an den oberen Extremitäten keine auf spezielle Nerven- oder Wurzelschädigungen hinweisende Ausfälle finden. Vielmehr war das Reflexbild eher lebhaft, bilateral symmetrisch, mit etwas kräftigeren Reflexen an den unteren Extremitäten und ohne pathologische Zeichen. Der übrige Neurostatus zeigte sich intakt und regelrecht. Ähnlich äusserte sich Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 10. September 2007 (Urk. 13/101), indem er unter anderem gestützt auf die eigene bildgebende Untersuchung vom 7. September 2007 ebenfalls keine Hinweise auf eine Kompression neuraler Strukturen fand und eine freie Neuroforamina sowie ein nach Form und Signalgebung regelrechtes Myelon ersichtlich war. Folglich ist auch seine Beurteilung, wonach kein morphologisches Korrelat, insbesondere keine Instabilität, für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden vorliegt, nachvollziehbar und schlüssig begründet, zumal auch Dr. J. ___, Dr. I. ___ sowie Dr. W. ___ und Dr. X. ___ eine segmentale Funktionsstörung, Instabilitätszeichen oder klinische Hinweise für eine Myelonkompression, eine Neurokompression beziehungsweise Traumafolgen für die Beschwerdepersistenz ausschliessen konnten. Daran vermag - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5) - auch die Tatsache, dass der mit einer orthopädischen Beurteilung beauftragte Dr. E. ___ den Bericht von Dr. F. ___ nicht mitunterzeichnet hat, nichts zu ändern. Ebenso wenig konnten unfallbedingte ossäre Verletzungen im Bereich der HWS und BWS nachgewiesen werden.

Der Vollständigkeit halber sei bemerkt, dass der Bericht von Dr. I. ___ vom 29. Januar 2008 (Urk. 13/116) und dessen Schlussfolgerung, wonach ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden nur möglich sei, gestützt auf die obigen Ausführungen nachvollziehbar ist. Trotz gegenteiliger Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6) ist deshalb auf diesen Bericht abzustellen, steht er doch auch im Einklang mit der übrigen umfassenden medizinischen Aktenlage.

In diesem Lichte gesehen ist davon auszugehen, dass kein relevantes unfallbedingtes organisches Substrat gefunden werden konnte, welches die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte.

5.2 Die Frage, ob die über den 31. Oktober 2007 hinaus anhaltend geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden noch in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 13. April 2006 standen, braucht nicht weiter untersucht zu werden, da - wie nachstehende Prüfung ergibt - ein allfälliger Kausalzusammenhang nach der Praxis für Schleudertraumata der Halswirbelsäule jedenfalls nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (vgl. zur Zulässigkeit dieser Vorgehensweise: Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 14. April 2008, 8C_42/2007 Erw. 2 mit weiteren Hinweisen). Offen bleiben kann sodann, ob die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem genannten Unfallereignis tatsächlich ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung erlitten hat beziehungsweise ob allfällige zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS oder eines Schädel-Hirn-Traumas gehörenden Beeinträchtigungen teilweise gegeben sind.

E. 6

6.1.1 Weil die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden weder einem organisch nachweisbaren unfallbedingtem Substrat zuzuordnen sind, noch Hinweise dafür bestehen, dass eine psychische Erkrankung im Vordergrund steht, ist die Adäquanz im vorliegenden Fall nach denjenigen Kriterien zu beurteilen, welche die Praxis für Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalente Verletzungen aufgestellt hat (vgl. vorstehend Erw. 2.2).

6.2.1 Beim Unfall vom 13. April 2006 sass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben nicht angegurtet als Mitfahrerin hinten links in einem Personenwagen und bückte sich nach vorne, um eine Schoppenflasche vom Autoboden aufzuheben, als ein anderes Fahrzeug gegen dessen Heck fuhr (Urk. 13/2 Ziff. 2, Urk. 13/4 Ziff. 1, Ziff. 3-4, Urk. 13/5/3-4, Urk. 13/8/1). Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung lag unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h (vgl. biomechanische Kurzbeurteilung vom 18. Oktober 2006, Urk. 13/32/2-7). Ein Polizeirapport oder Rechnungen über die Reparatur des Schadens existieren nicht (Urk. 13/6/1-2). Aufgrund des augenfalligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelten Kräfte ist das fragliche Geschehnis - entsprechend der Praxis in vergleichbaren Fällen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008 Erw. 4, vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008 Erw. 9 und vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007 Erw. 6.2, je mit Hinweisen; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 mit Hinweisen) - den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zuzuordnen.

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegen würde oder die relevanten Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben wären (vgl. vorstehend Erw. 2.2.4).

E. 6.3

6.3.1.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 11. September 2009, 8C_915/2008 Erw. 5.3). Der nachfolgende Heilungsprozess ist diesbezüglich nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 3. August 2009, 8C_249/2009 Erw. 8.2).

Die Auffahrkollision, die sich bei Nacht auf einer Autobahn in Italien ereignete und nebst der Beschwerdeführerin und deren Ehemann keine Verletzten forderte (vgl. Urk. 13/5/3, Urk. 13/6/5, Urk. 13/8/4), hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war sie von besonderer Eindrücklichkeit.

6.3.2 Ebenfalls zu verneinen ist das Vorliegen einer schweren oder besonders gearteten Verletzung, hat doch die erstbehandelnde Dr. Zeley-Zemonyi am 8. Mai 2006, mithin mehr als drei Wochen nach dem Unfallereignis, bei einem unauffälligen Knochen- und Gelenkbefund im Wesentlichen eine schmerzhaft Retroflexion zervikal, eine nach rechts schmerzhaft Seitenneigung, einen zervikalen Halsspann sowie eine Druckdolenz

im zervikothorakalen Bereich festgestellt (Urk. 13/2). Ausserdem genügt gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 die Annahme eines HWS-Schleudertraumas für sich allein zur Bejahung dieses Kriteriums nicht.

6.3.3 Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall vom 13. April 2006 nie in stationärem Rahmen behandelt. Vielmehr bestand die Behandlung ab 8. Mai 2006 aus medikamentösen Massnahmen (Urk. 13/2 Ziff. 7, Urk. 13/3, Urk. 13/15/2 S. 2, Urk. 13/61/2, Urk. 13/73/2, Urk. 13/110/11) und physikalischer Therapie (Urk. 13/2 Ziff. 7, Urk. 13/11, Urk. 13/48, Urk. 13/82, Urk. 13/103, Urk. 13/115). Nach neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist entscheidend, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlungen nötig waren (vgl. vorstehend Erw. 2.2.4). Dies ist vorliegend nicht erfüllt, bedeuten medikamentöse Massnahmen und physikalische Therapie doch keine erhebliche Mehrbelastung.

6.3.4 Ohne Weiteres zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Hiefür bedurfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Dass Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistieren, genügt ebenso wenig (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 6. April 2009, 8C_1015/2008 Erw. 5.4.3) wie der Umstand, dass die versicherte Person unter verschiedenartigen Symptomen leidet, die sich im Rahmen umfassender medizinischer Untersuchung keinem organisch nachweisbaren Substrat zuordnen lassen, handelt es sich dabei doch gerade um ein für eine Schleudertrauma-Verletzung charakteristisches Phänomen (vgl. Erw. 2.1.2).

6.3.5 Mangels nachgewiesener Bemühungen, sich wieder in den Arbeitsprozess eingliedern zu wollen, ist trotz einer seit 15. Januar 2007 bestehenden 20%igen Arbeitsfähigkeit und ab Mai 2007 einer solchen von 50 % (Urk. 13/69/2, Urk. 13/73/2) nicht von einer ungewöhnlich langen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

6.4 Zusammenfassend steht fest, dass keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt. Die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 13. April 2006 und den über die per 31. Oktober 2007 verfertigte Leistungseinstellung hinaus anhaltend geklagten, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden ist zu verneinen.

Folglich war die Leistungseinstellung per 31. Oktober 2007 rechtens.

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. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- 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.