



Ä -Ä Status nach Sterilisation 1986"

3.1.2.Ä Ä Der orthopÄdische Gutachter des F.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH fÄ¼r OrthopÄdische Chirurgie, hielt fest, dass sich die BeschwerdefÄ¼hrerin aus orthopÄdisch-traumatologischer Sicht nach dem traumatischen Ereignis vom 21. Mai 2003 und der durchgefÄ¼hrten Spondylodese sehr gut erholt habe. Im Verlaufe der Monate hÄ¼tten die Nackenschmerzen nachgelassen. Die Radikulopathie habe vollstÄ¼ndig behoben werden kÄ¼nnen und die BeschwerdefÄ¼hrerin sei aus somatischer Sicht im Nackenbereich praktisch beschwerdefrei. Dies lasse sich auch durch den klinischen Befund bestÄ¼tigen. Die BewegungseinschrÄ¼nkung nach der Spondylodese sei nur sehr gering. Neurologische AusfÄ¼lle seien mit Ausnahme einer diskreten HyposensibilitÄ¼t an der Daumenkuppe rechts praktisch keine vorhanden. Radiologisch sei die Spondylodese knÄ¼chern einwandfrei konsolidiert. Es persistiere noch eine dorsovertebrale Schmerzsymptomatik, vermutlich als Folge der BWK-Fraktur, die erst einige Monate nach dem Unfall erkannt worden sei. Therapeutische Konsequenzen seien dadurch jedoch keine entstanden; die keilfÄ¼rmige Deformierung des BWK8-WirbelkÄ¼rpers sei nur sehr gering und habe auch nur eine sehr geringe BWS-Kyphose verursacht. Die Dorsalgien liessen sich am ehesten durch muskulÄ¼re Dysbalancen erklÄ¼ren. In Anbetracht dieser doch recht prekÄ¼ren traumatischen Anamnese und in Anbetracht des guten Operationserfolges im HWS-Bereich kÄ¼nne man mit dem heutigen Zustand eigentlich sehr zufrieden sein. Einer Wiederaufnahme ihrer TÄ¼tigkeit als KindergÄ¼rtnerin schein im Wesentlichen nichts mehr entgegenzustehen. Auch als Musiklehrerin kÄ¼nnte sie wieder voll eingesetzt werden. Ä¼berkopfarbeiten und zwanghafte Flexions- oder Reklinationsstellungen der HWS seien zu vermeiden. Auch bezÄ¼glich der BWS sei die BeschwerdefÄ¼hrerin fÄ¼r rÄ¼ckenadaptierte TÄ¼tigkeiten voll belastbar (Urk. 12/M31 S. 23 oben).

3.1.3.Ä Ä Die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ stimmt Ä¼berein mit der EinschÄ¼tzung des beratenden Arztes der AXA, Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH fÄ¼r Chirurgie, der in seiner Stellungnahme vom 11. November 2008 eine Wiederaufnahme der TÄ¼tigkeit als KindergÄ¼rtnerin aufgrund des somatischen Folgezustandes als zumutbar erachtete, wobei aber starke kÄ¼rperliche Belastungen vermieden werden sollten (Urk. 12/M36 S. 2 Ad 4). Bereits in den Berichten der Klinik D.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2003 sowie vom 6. Mai 2004 wurde der BeschwerdefÄ¼hrerin aus orthopÄdisch-chirurgischer Sicht eine vollstÄ¼ndige ArbeitsfÄ¼higkeit bescheinigt (Urk. 12/M11). GestÄ¼tzt auf die medizinische Aktenlage ist demnach davon auszugehen, dass - soweit aus orthopÄdisch-traumatologischer Sicht ab 31. Oktober 2007 noch Beschwerden bestanden haben - diese jedenfalls nicht derart schwer waren, dass sich daraus eine relevante BeeintrÄ¼chtigung der ArbeitsfÄ¼higkeit ergeben hÄ¼tte und insofern keine rentenrelevante EinschrÄ¼nkung in der ErwerbsfÄ¼higkeit besteht.

3.2.Ä Ä Ä

3.2.1.Ä Ä Der neurologische Gutachter des F.\_\_\_\_, Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH fÄ¼r Neurologie, hielt fest, es bestehe eine retrograde Amnesie von Ä¼ber zwei Stunden und eine anterograde von Ä¼ber zwei Tagen. Neurologische AusfÄ¼lle seien ansonsten posttraumatisch keine dokumentiert. Auch habe das initiale Computertomogramm (CT) des SchÄ¼dels am Unfalltag keine strukturelle intracerebrale LÄ¼sion ergeben. In der Folge seien der BeschwerdefÄ¼hrerin Konzentrations- und GedÄ¼chtnisstÄ¼rungen aufgefallen. Auch wenn - wie erwÄ¼hnt - keine strukturelle cerebrale LÄ¼sion bildgebend dokumentiert sei (wobei allerdings nie eine AbklÄ¼rung mittels MRI [magnetic resonance imaging]

erfolgt sei), bestanden am Vorliegen einer traumatischen Hirnschädigung keine Zweifel. Diese gehe aufgrund der Dauer der Amnesie (>24 Stunden) über eine milde traumatische Hirnschädigung hinaus. Die aktuelle neuropsychologische Untersuchung ergebe eine deutliche Störung der Merkfähigkeit für Texte und der geteilten Aufmerksamkeit. Die Beschwerdeführerin zeige deutliche Perseverationstendenzen und Regelbrüche entsprechend einer mittelschweren neuropsychologischen Störung (Urk. 12/M31 S. 27).

3.2.2.2 Die Annahme einer retrograden Amnesie von über 2 Stunden und einer anterograden Amnesie von über zwei Tagen, die sich - soweit ersichtlich - auf entsprechende Ausführungen im Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, vom 18. Oktober 2004 (vgl. Urk. 12/M14 S. 1 unten) stützt, steht im Widerspruch sowohl zur ursprünglichen Angabe der Beschwerdeführerin im (vom Assistenzarzt des Spitals C. \_\_\_\_) ausgefüllten Fragebogen vom 29. Juni 2003, wonach lediglich eine minutenlange Bewusstlosigkeit beziehungsweise Gedächtnislücke bestanden habe (Urk. 12/M5 Ziff. 2), als auch zum Bericht des Spitals C. \_\_\_\_, vom 10. Juli 2003, in welchem bloss von einer initial kurzen Bewusstlosigkeit die Rede ist (Urk. 12/M7). Kommt dazu, dass Dr. J. \_\_\_\_ die Begriffe der anterograden und der retrograden Amnesie miteinander zu verwechseln scheint. Bei der anterograden Amnesie handelt es sich nämlich um eine Gedächtnisstörung für die Zeit nach einem schädigenden Ereignis und bei der retrograden Amnesie um eine Störung für die vor dem Ereignis liegende Zeit und nicht umgekehrt (vgl. Psyrembel, klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002, S. 59 unten). Unklar ist sodann, ob Dr. J. \_\_\_\_ - entgegen der übrigen Aktenlage - sogar von einer rund zweitägigen Bewusstlosigkeit der Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 29. Mai 2003 ausgeht, schreibt er doch, "das erste Bild nach dem Aufwachen", sei in der Rega Transportmaschine gewesen, in der die Beschwerdeführerin zwei Tage nach dem Unfall einen Krevetten-Cocktail erhalten habe (Urk. 12/M14). Die von Dr. I. \_\_\_\_ gestellte Diagnose einer über eine milde traumatische Hirnverletzung hinausgehenden Hirnverletzung beruht damit - zumindest teilweise - auf Annahmen, die gestützt auf die Aktenlage nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten können.

3.2.3.3 Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury = MTBI) entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall, zumindest aber eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 166 Tabelle 9, mit bibliographischen Hinweisen). Es ist davon auszugehen, dass diese Voraussetzungen im vorliegenden Fall erfüllt sind, hat die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall doch über eine Bewusstseinsstörung geklagt und entsprechende Angaben gemacht (Urk. 12/M5 Ziff. 2, 12/M7). Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung bedeutet jedoch nicht schon, dass objektiv nachweisbare Unfallfolgen bestehen. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (Siegel, a.a.O., S. 164 f.). Daran fehlt es im vorliegenden Fall. Dr. J. \_\_\_\_ konnte anlässlich der Erstkonsultation vom 20. September 2004 (Urk. 12/M14) keine

neurologischen Ausfälle feststellen. Auch der neurologische Gutachter des F.\_\_\_\_, Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, führte aus, dass abgesehen von der Amnesie posttraumatisch keine neurologischen Ausfälle diagnostiziert worden seien (Urk. 12/M31 S. 27). Das im Spital in Genua Ende Mai 2003 durchgeführte cerebrale Kontroll-CT zeigte keine offensichtlichen perienzephalen und intracerebralen posttraumatischen Blutansammlungen (vgl. Übersetzung des Spitalberichts vom 31. Mai 2003 [Urk. 12/M1 f.]). Auch ein CT des Schädels vom 20. März 2006 durch Dr. J.\_\_\_\_ ergab einen normalen intercerebralen Befund mit schlankem Ventrikelsystem. Der Befund im Bereich der Hypophyse links war unklar, so dass Dr. J.\_\_\_\_ eine Abklärung mittels MRI der Hypophyse in Erwägung zog. Eine Kontinuitätsunterbrechung der Schädelkalotte rechts parietal parasagittal brachte er in einen möglichen Zusammenhang mit einer alten Fraktur (Urk. 12/M32). Dr. I.\_\_\_\_ bestätigte im F.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juni 2007, dass keine strukturelle cerebrale Läsion bildgebend dokumentiert sei (Urk. 12/M31 S. 27). Eine MR-Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Radiologie und Neuroradiologie, vom 26. September 2007 im Auftrag der AXA war ebenfalls unauffällig. Dr. K.\_\_\_\_ stellte fest, dass keine mit dem Trauma in Zusammenhang stehende morphologische Veränderung des Hirngewebes bestehe. Auch seien anderweitige Pathologien (Durchblutungsstörungen, Fehlbildungen, Status nach Entzündung) nicht vorhanden. Zusammenfassend zeige die aktuelle MR-Untersuchung einen Normalbefund (Urk. 12/M34).

3.2.4.4 Nach dem Gesagten muss es daher bei der Feststellung bleiben, dass eine objektivierbare traumatische Hirnverletzung nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Daran vermag auch der Hinweis auf die allgemein gehaltenen Ausführungen von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, vom 26. Februar 2008 (Urk. 3/7) nichts zu ändern. Demnach liegt keine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vor. Das schliesst zwar die natürliche Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden nicht aus. Anders als bei einem klaren unfallbedingten organischen Korrelat kann der adäquate Kausalzusammenhang aber nicht ohne besondere Prüfung bejaht werden (vgl. Erw. 1.1). Ob - wie die Beschwerdegegnerin geltend macht - von einer eindeutigen Dominanz der vorhandenen psychischen Problematik gesprochen werden kann und die Adäquanzprüfung dementsprechend gemäss der Rechtsprechung in BGE 115 V 133 vorzunehmen ist (vgl. Urk. 2 S. 4 f.; Urk. 9 S. 8 ff.), braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden. Denn der adäquate Kausalzusammenhang, welcher nach dem vorstehend Ausgeführten, anders als bei organisch objektivierbaren Unfallfolgen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb S. 103 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 Erw. 10 S. 126 ff.), nach besonderen Regeln zu prüfen ist, ist auch dann zu verneinen, wenn er gesamthaft nach der für die versicherte Person in der Regel und jedenfalls hier geringeren - für Schleudertraumen und schleudertraumähnliche Verletzungen der HWS beziehungsweise für Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung beurteilt wird, wie die nachstehenden Erwägungen zeigen.

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdeführerin war am 29. Mai 2003 als Mitfahrerin ihres Freundes auf dem Rücksitz eines Motorrads unterwegs, als dieser wegen eines entgegenkommenden Fahrzeugs bremsen wollte, worauf sie in einer Kurve bei regennasser Strasse und einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h zu Fall kamen (vgl. Urk. 12/M7,

12/M14, 12/M31 S. 2). Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs ist der Unfall vom 29. Mai 2003 mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 6 oben) als mittelschwer einzustufen, zumal die Rechtsprechung auch Unfallereignisse, im Rahmen derer Motorradfahrer mit Fahrzeugen kollidierten, regelmässig als mittelschwer eingestuft hat, ohne sie dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzuordnen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. September 2005, U 115/05; Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2008, U 78/07; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. Dezember 2002, U 88/01). Um die Adäquanz der aufgetretenen Beschwerden bejahen zu können, müssten demnach von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind, entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367 f.). Daran hat sich mit BGE 134 V 109 nichts geändert (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

4.2.4.4.4 Während die AXA lediglich das Vorliegen des Kriteriums der (körperlichen) Dauerschmerzen (respektive der erheblichen Beschwerden gemäss neuer Rechtsprechung) - jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise - bejaht hat (Urk. 1 S. 6 unten), vertritt die Beschwerdeführerin die Auffassung, die fünf Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, der besonderen Art der erlittenen Verletzungen, der erheblichen Beschwerden, des schwierigen Heilungsverlaufs sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen seien erfüllt (Urk. 1 S. 16).

4.3.4.4.4 Dem kann nicht gefolgt werden. Die beiden (gegenüber der bisherigen Rechtsprechung unverändert gebliebenen) Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls sowie der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, sind klarerweise nicht erfüllt. Das Gleiche gilt für das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Die durchgeführten Therapien beschränkten sich - nach der operativen Versorgung der C5/C6-Luxationsfraktur - im Wesentlichen auf Physiotherapie (vgl. Urk. 12/M12), medizinische Trainingstherapie (MTT; vgl. Urk. 12/M16), Osteopathie (vgl. Urk. 12/M31 S. 16) und Psychotherapie (Urk. 12/M15) sowie auf zwei, jeweils eine beziehungsweise vier Wochen dauernde, stationäre Rehabilitationen (vgl. Urk. 12/M8, 12/M9). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Behandlungen mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität verbunden waren. Im Übrigen ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin schon längere Zeit vor ihrem Unfall vom 29. Mai 2003 wegen rezidivierenden depressiven Störungen beziehungsweise einer Erschöpfungsdepression bei einer psychosozialen Belastungssituation in psychiatrischer Behandlung stand (vgl. Urk. 12/M20, 12/M22).

4.4.4.4.4 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 8.5 [U 479/05]). Solche Gründe sind hier nicht gegeben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine

Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, reicht für die Bejahung des Kriteriums nicht aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 2. November 2009, 8C\_735/2009, Erw. 7.6 und vom 2. Juni 2009, 8C\_427/2008, Erw. 6.7).

4.5 Hinsichtlich der Schwere oder besonderen Art der Verletzung gilt es schliesslich zu beachten, dass rechtslogisch die Annahme eines Schleudertraumas der HWS (respektive einer der weiteren, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzungen) lediglich die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bestimmt. Hingegen genügt die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) für sich allein nicht zur Bejahung des besagten Kriteriums. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. März 2007, U 339/06, Erw. 5.3 und des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 15. März 2005, U 380/04, Erw. 5.2.3 mit Hinweisen). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 S. 127 f.). Solche Umstände liegen hier insoweit vor, als die Beschwerdeführerin neben der milden traumatischen Hirnverletzung eine C5-Luxationsfraktur sowie eine BWK8-Deckplattenfraktur erlitten hat (Urk. 12/M31 S. 22). Die milde traumatische Hirnverletzung war jedoch nicht besonderes schwerwiegend (vgl. Erw. 3.2 hiervor). Insgesamt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, allerdings ohne besondere Ausprägung, zu bejahen.

4.6 Adäquanzrelevant können sodann in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Bereits im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 16. September 2003 wurde festgehalten, bis auf leichte brachiozervikale Beschwerden sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei und mit dem Verlauf zufrieden. Die Kribbelparästhesien im Arm hätten sich vollständig zurückgebildet. Zwischenzeitlich habe sie die Arbeit als Kindergärtnerin progradient wieder aufgenommen (Urk. 12/M11 S. 3). Am 16. Juli 2004 berichteten die Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_, von Seiten der HWS gehe es der Beschwerdeführerin gut. Sie sei nahezu schmerzfrei. Gelegentlich traten noch etwas Muskelspannungen auf. Weiter klagte sie über jedoch abnehmende Schmerzen im Bereich der oberen Brustwirbelsäule, die hauptsächlich bei statischen Arbeiten verstärkt würden. Sie habe wieder intensiv mit Klavierspielen angefangen (Urk. 12/M12). Der orthopädische Gutachter des F.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_, führte schliesslich im Gutachten vom 21. Juni 2007 aus, dass sich die Dorsalgien am ehesten durch muskuläre Dysbalancen erklären liessen. Einer Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit als Kindergärtnerin scheine im Wesentlichen nichts mehr entgegenzustehen. Auch als Musiklehrerin könne die Beschwerdeführerin wieder voll eingesetzt werden. Überkopfarbeiten und zwanghafte Flexions- oder Reklinationsstellungen der HWS seien zu vermeiden. Auch bezüglich der BWS sei die Beschwerdeführerin für rückenadaptierte Tätigkeiten voll belastbar (Urk. 12/M31 S. 23 oben). Zwar liegen somit aufgrund der medizinischen Unterlagen glaubhafte Schmerzen - insbesondere eine persistierende dorsovertbrale Schmersymptomatik (Urk. 12/M31 S. 22) sowie Schmerzen

im Brustwirbelbereich (vgl. Urk. 12/M31 S. 24) - vor, die zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität geführt haben (vgl. Urk. 12/M31 S. 16 f.). Insgesamt kann dieses Kriterium aber zumindest nicht als in auffallender oder besonders ausgeprägter Weise erfüllt qualifiziert werden.

4.7 Zum Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (bisher: Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) ist zu sagen, dass sich die Beschwerdeführerin zwar bemüht hat, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern, und dazu auch mehrere Arbeitsversuche unternommen, welche jeweils wegen zunehmender Beschwerden abgebrochen werden mussten oder nur mit reduziertem Pensum fortgesetzt werden konnten. Dies spricht für die Bejahung des Kriteriums. Es liegt aber entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise vor. Dazu ist nämlich festzustellen, dass nur relativ kurzfristig eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. Urk. 12/M13 unten). Dazu kommt, dass die Beschwerdeführerin infolge einer Erschöpfungsdepression schon vom 16. September 2002 an - mithin während mehr als 8 Monaten vor dem hier zur Diskussion stehenden Unfallereignis - aus gesundheitlichen Gründen vollständig (bis 31. März 2003) beziehungsweise teilweise (ab 5. Mai 2003) arbeitsunfähig gewesen war.

4.8 Nach dem Gesagtem sind höchstens drei Kriterien, jeweils in nicht besonders ausgeprägter Weise, als erfüllt zu betrachten. Dies reicht bei einem mittelschweren Unfall praxisgemäss nicht aus, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall bejahen zu können. Die Beschwerdegegnerin hat daher einen weiteren Leistungsanspruch sowie den Anspruch auf eine höhere als die zugesprochene Integritätsentschädigung (vgl. Urk. 1 S. 17) zu Recht verneint.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Cordula Spärrli

- Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig

- BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich, Stampfenbachstrasse 63, Postfach, 8090 Zürich, Vers.-Nr. 044746

- 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.