

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00034 vom 22. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00034](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00034)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00034 du 22 novembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00034 del 22 novembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

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 entfielen (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 blosses 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

1.3.1.1 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).

1.3.2 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 Arbeits- beziehungsweise 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 Eindringlichkeit 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. 2

2.1 Der - nach dem am Unfalltag aufgesuchten Notfallarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ (Urk. 7/19 S. 1 Mitte) - ab 2. Mai 2007 nachbehandelnde Dr. Z.\_\_\_\_ berichtete am 29. Mai 2007 (Urk. 7/4) auf dem Dokumentationsbogen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma über von der Beschwerdeführerin geschilderten initialen Kopf- und Nackenschmerzen nebst innerhalb von zwei Stunden aufgetretenem Schwindel und Übelkeit sowie Druck auf den Ohren und Müdigkeit (Ziff. 4). Er ging von einem Trauma Grad II der Quebec Task Force aus (Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde, Ziff. 7) und verwies auf die eingeleitete medikamentöse sowie physiotherapeutische Behandlung (Ziff. 8). Röntgenbilder veranlasste er keine (Ziff. 6/g).

Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis am 6. Mai 2007 gefolgt von einer 50%igen bis auf Weiteres und verwies - nebst dem Hinweis auf eine langsame Besserung der Beschwerden - auf ein vorbestehendes, anamnestisch vorhandenes panvertebrales Syndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom paravertebral im zervikalen, thorakalen und lumbalen Bereich (Urk. 7/5). Ab dem 16. Juli 2007 ging er wieder von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/11).

2.2 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete am 6. Dezember 2007 (Urk. 7/23) zuhanden der Beschwerdegegnerin und diagnostizierte ein Zerrungstrauma der Halswirbelsäule (HWS). Er führte aus, aktuell bestehe als Folge davon immer noch ein massiges unteres Zervikalsyndrom auf muskulärer Basis. Zusätzlich zeigten sich ausgebreitete Tendomyosen am Schultergürtel, ebenso am rechten Ellbogen. Für ein eigentliches zervikoradikulares Geschehen bestanden keine Hinweise. Durch das Trauma sei eine vorbestehende Migräne reaktiviert worden. Unabhängig davon bestehe ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts, bei den geklagten Ellbogenschmerzen handle es sich vermutlich teilweise auch um so genannte sekundäre Tendomyosen im Rahmen des Karpaltunnelsyndroms (S. 2 unten). Er ging von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus und empfahl die Weiterführung der Physiotherapie sowie eine Basistherapie in Bezug auf die Migräne (S. 3).

2.3 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Mai 2008 (Urk. 7/35) klagte die Beschwerdeführerin über Beschwerden auf der linken Seite des Nackens und des Kopfes mit mitunter krampfartigem Schmerz, verspannter Halsmuskulatur, Einschlafen der Finger, eingeschränkter Beweglichkeit der HWS mit Schmerzausstrahlung in die Arme. Sodann habe sie mit dem Heben und Tragen von Gewichten ein grosses Problem bei einem Limit von 5 kg. Sie habe weiter Kopfschmerzen sowie Missempfindungen im linken Arm (S. 2 Ziff. 1).

Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 21. Mai 2008 fest, 13 Monate nach dem Unfallereignis bestehe noch ein myofaszielles Schmerzsyndrom, hauptsächlich linksseitig zervikal. Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe sich der Zustand im Verlauf der letzten Monate geringfügig verbessert (S. 3 Ziff. 5).

Er interpretierte sodann die vom neuen Hausarzt, Dr. med. D.\_\_\_\_, am 22. Januar 2008 angefertigten Röntgenbilder und verwies auf ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bereich C5/6 und weniger ausgeprägt C6/7 mit Verschmälerung der Zwischenwirbelsäume und osteophytären Ausziehungen im Bereich der Vorderkanten der Wirbel. Hinweise auf zuräckliegende knöcherner oder ligamentäre Läsionen konnte er keine erkennen (S. 3 Ziff. 4).

2.4 Im Rahmen der von Dr. C.\_\_\_\_ angeregten (Urk. 7/35 S. 3 Ziff. 5) Kernspintomographie der HWS vom 9. Juni 2008 (Urk. 7/37) zeigte sich eine HWS-Streckhaltung, eine initiale Osteochondrosis der Segmente C3-7 mit jeweiliger leichter Retroosteophytenbildung und entsprechender Alteration des ventralen Subarachnoidalraumes, eine rechtsseitige Uncarthrosis C3/4 sowie eine bilaterale Uncarthrosis, rechtsbetont in den Segmenten C4-7. Im übrigen wurde eine normales MRT C0-Th6 geschildert ohne Nachweis allfälliger fokaler Myelonläsionen.

2.5 Dr. C.\_\_\_\_ führte am 13. Juni 2008 (Urk. 7/38) hierzu aus, kernspintomographisch fanden sich keine Hinweise auf eine knöcherner oder ligamentäre Läsion im Bereich der HWS respektive auf Residuen einer solchen Verletzung. Es bleibe unklar, ob durch eine medizinische Weiterbehandlung der Zustand namhaft gebessert werden könne. Er empfahl die Durchführung von zwei weiteren Serien Physiotherapie und ging - falls sich keine weitere Verbesserung einstellen werde - von einem Dauerzustand aus.

2.6 Am 8. Oktober 2008 (Urk. 7/42) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, über seine Untersuchung vom Vortag und diagnostizierte (1) stellungs- und belastungsabhängige Parästhesien und Einschlafgefühl der oberen Extremitäten linksbetont sowie (2) massige residuelle myofasziale linksbetonte zervikale Schmerzen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (S. 1).

Er konnte indes keine eindeutige Diagnose stellen, weder in Richtung einer peripheren Druckneuropathie noch eine gesicherte Lokalisationsmöglichkeit proximal, sei dies im Rahmen des Plexus oder radikulär bei symmetrisch normalem Reflexstatus und normaler Muskeltröphik ohne Kraftreduktion oder Atrophie, wechselhaften, nicht eindeutig einem Nerven zuzuordnender sensibler Defizite bei jedoch peripher absolut normaler Nervenleitung im ENG inklusive der "late responses".

Aufgrund der Schilderung ging Dr. E.\_\_\_\_ am ehesten von einer situativen Engpasssituation costoclavikulär aus, dies vor allem beim Tragen von Lasten bei generell etwas schlechter Körperhaltung. Klinisch habe sich einzig ein Triggerpunkt paravertebral Th I/II ohne typisch radikuläre Ausbreitung gezeigt, welche Erscheinung nicht sicher interpretiert werden könne. Eine Engpass-Situation im Sinne einer Karpaltunnelsymptomatik habe auf jeden Fall ausgeschlossen werden können.

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin monierte vorweg den Zeitpunkt des Fallabschlusses und brachte vor, von einer Behandlung mit weiteren Ansatzpunkten sei eine erhebliche Verbesserung zu erwarten (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13).

3.2 Zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen ist festzuhalten, dass ein Fallabschluss dann zu erfolgen hat, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet

werden kann. Dabei darf keine retrospektive Sicht greifen, sondern ist der Sachverhalt nach den im fraglichen Zeitpunkt vorliegenden Fakten zu beurteilen.

3.3. Kreisarzt Dr. C. legte bereits am 13. Juni 2008 dar, dass angesichts der fehlenden organischen Befunde ein letzter Versuch mit zwei Serien Physiotherapie vorzunehmen sei und bei Scheitern keine Verbesserung mehr erwartet werden könne (Erw. 2.5). Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass die übrigen beteiligten Ärzte - in Bezug auf die Unfallfolgen - zu einem abweichenden Ergebnis gekommen wären. Auch eine allfällige Überweisung an einen Rheumatologen für alternative Therapievorschläge (Urk. 1 S. 6 unten) wurde mangels konkret begrandeter Vorschläge an dieser Einschätzung nichts ändern.

3.4. Demnach steht fest, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zu Recht per Mitte November 2008 - mithin über eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis - vorgenommen hat.

#### **E. 4**

4.1. Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Einspracheentscheid implizit den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 28. April 2007 (Urk. 2 S. 7). Dies ist nicht zu beanstanden:

4.2. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausal-zusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des EVG in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxistemasse Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen. Diesfalls ist vom Vorliegen einer HWS-Distorsion auszugehen (vgl. hierzu: Urteil des EVG i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

4.3. Vorliegend steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin am Unfalltag wegen Kopfschmerzen, Nackenwarme, sturmem Kopf, Ohrenrauschen und Bewegungseinschränkungen in ärztliche Behandlung begeben hat (Urk. 7/19). Sodann bestätigte der nachbehandelnde Dr. Z. das Vorliegen von verschiedenen einschlägigen Beschwerden (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erw. 2.1).

4.4. Damit ergibt sich, dass sich bei der Beschwerdeführerin innerhalb der rechtsprechungstemass geforderten Zeit einschlägige Symptome einstellten. Damit ist - bei der entsprechend ärztlicherseits gestellten Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas - die natürliche Kausalität zwischen den geklagten

Beschwerden und dem Unfall vom 28. April 2007 ohne Weiteres gegeben.

## E. 5

5.1. Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz ist vorweg festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingtem Substrat zuzuordnen sind.

5.2. So stellte der nachbehandelnde Dr. Z. lediglich eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit der HWS mit Schmerzangabe sowie Druckdolenz fest. Über mögliche Verletzungen oder besondere Feststellungen konnte er nicht berichten. Sodann verzichtete er gar auf die Anfertigung von Röntgenbildern.

Auch die nachfolgenden medizinischen Abklärungen ergaben keine Hinweise auf organische Verletzungen. So waren auf den von Dr. D. am 22. Januar 2008 angefertigten Röntgenbildern lediglich degenerative Veränderungen und jedenfalls keine Hinweise auf traumatische Läsionen zu ersehen (Erw. 2.3). Die Kernspintomographie vom 9. Juni 2008 zeigte sodann ebenfalls keine knöchernen oder ligamentäre Läsion im Bereich der HWS respektive Residuen einer solchen Verletzung (Erw. 2.4 f.).

In objektiver Hinsicht sind in Bezug auf den Nacken damit während des gesamten Behandlungsverlaufs einzig Druckdolenz und Bewegungseinschränkungen dokumentiert. Bei dieser medizinischen Aktenlage und dem Fehlen von relevanten objektivierbaren Befunden kann keine organische Begründung für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden gefunden werden.

Die bestehende neurologische Problematik wurde von den Ärzten nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. April 2007 gebracht. So sprach Neurologe Dr. B. von einer bloss muskulären Problematik im HWS-Bereich und verneinte das Vorliegen eines zervikoradikulären Geschehens. Beschwerden in den Händen sowie im Ellbogen interpretierte er als unfallunabhängig (Karpaltunnelsyndrom, Erw. 2.2). Auch Dr. E. konnte keine definierbare neurologische Pathologie erkennen (Erw. 2.6).

5.3. Hinzuweisen bleibt sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach grundsätzlich auf den medizinischen Erfahrungssatz abzustellen ist, dass der organische Zustand des Rückens nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens nach einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie er auch dann wäre, wenn sich der Unfall niemals ereignet hätte (Status quo sine, vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten Verletzungen anlässlich des Unfalls nicht davon auszugehen, dass diese im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nach über eineinhalb Jahren noch bestanden haben.

5.4. Zusammenfassend steht damit fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden organisch und namentlich bildgebend nicht nachweisbar sind. Dies machte die Beschwerdeführerin denn auch gar nicht geltend (Urk. 1 S. 7 Ziff. 15). Demgemäss ist die Adäquanz der verbleibenden Beschwerden nach der einschlägigen Rechtsprechung des Bundesgerichtes (vgl. oben Erw. 1.3.2) zu prüfen.

## E. 6

6.1. Die Parteien gingen übereinstimmend vom Vorliegen eines mittelschweren Unfalles aus. Während die Beschwerdeführerin indes von einem solchen im mittelschweren Bereich ausging (Urk. 1 S. 12 Ziff. 32), reihte die Beschwerdegegnerin den Unfall als solchen im Grenzbereich zu den leichten ein (Urk. 2 S. 9 f.).

6.2. Der Unfall vom 28. April 2007 gestaltete sich wie folgt: Die Beschwerdeführerin wollte nach links abbiegen und musste wegen Gegenverkehrs anhalten. Als die Strasse frei wurde und sie losfahren wollte, prallte der nachfolgende Lenker in das Heck ihres Fahrzeuges (Urk. 7/19 S. 1).

6.3. Dieser Geschehensablauf ist mit Auffahrunfällen auf ein stehendes Auto zu vergleichen, welche praxisgemäss als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten gefasst werden. Die Rechtsprechung verlangt einen erheblichen Zusammenprall mit entsprechenden Schäden am Fahrzeug, um einen im mittleren Bereich liegenden Unfall anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts i.S. C. vom 20. Oktober 2010, 8C\_718/2010, Erw. 3.1; SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.2.2). Der augenfallige Geschehensablauf lässt vorliegend erkennen, dass es sich um eine eher geringfügigere Kollision handelte, konnten doch die Unfallparteien zurück in ihre Fahrzeuge steigen und an den Strassenrand fahren, um das Unfallprotokoll auszufüllen. Hernach fuhr die Beschwerdeführerin nach Hause (Urk. 7/19 S. 1). Bei diesem Sachverhalt ist der Unfall als mittelschwer mit Tendenz gegen leicht einzustufen.

6.4. Damit ist eine adäquate Kausalität vorliegend nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind.

## E. 7

7.1. Der Unfall vom 28. April 2007 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonderes eindrücklich. So war die Beschwerdeführerin beispielsweise nicht eingeklemmt und auch sonst nicht besonders schlimm betroffen, sondern konnte nach dem Unfall das Fahrzeug verlassen, das Unfallprotokoll ausfüllen und hernach nach Hause fahren.

7.2. Die Beschwerdeführerin erlitt sodann keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Im Gegenteil waren den (nachträglich erstellten) bildgebenden Untersuchungen keine Läsionen zu entnehmen und beschränkten sich die organischen Beschwerden auf Druckdolenzen sowie eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit.

7.3. Weiter liegt keine fortgesetzte spezifische, belastende ärztliche Behandlung und schon gar keine Fehlbehandlung vor. Die Beschwerdeführerin wurde jederzeit adäquat behandelt und lag namentlich die hausärztliche Behandlung mit entsprechender Physiotherapie-Verordnung im üblichen Rahmen, wobei eine diesbezügliche Belastung nicht zu ersehen ist. Sodann erfolgten die notwendigen Überweisungen an Neurologen zur Abklärung der Parästhesien und dem Einschlafgefühl der oberen Extremitäten, welche sich dann aber als unfallfremd herausgestellt haben. Damit kann auch nicht von einem schwierigen Heilverlauf mit erheblichen Komplikationen gesprochen werden.

7.4. Zur Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist vorweg festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits am 6. Mai 2007 wieder zu 50 % arbeitsfähig geschrieben wurde und am 16. Juli 2007 die Arbeit vollzeitlich wieder

aufnahm, wobei sie eine volle Leistung erbrachte. Dies in ihrer angestammten Tätigkeit als Zeichnerin (inklusive CAD), welche ihr schon vor dem Unfall haltungsbedingt Verspannungsschmerzen bereitete (Urk. 7/19 S. 2).

Bei dieser Aktenlage steht fest, dass die Beschwerdeführerin schon bald nach dem Unfall wieder (in reduziertem Umfang) an ihre Arbeitsstelle zurückgekehrt ist und nach zweieinhalb Monaten vollumfänglich arbeitsfähig war. Damit ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

7.5 Die Beschwerdeführerin litt nach dem Unfall an Schmerzen. Aus den Akten geht hervor, dass sie vor allem über Kopf- und Nackenschmerzen klagte. Die massgebliche 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 Erw. 10.2.4). Vorliegend konnte die Beschwerdeführerin ihrer Arbeitstätigkeit schon bald wieder nachgehen und auch dreimal pro Woche zum Tanz gehen (Urk. 7/35 S. 2 Ziff. 3.1), dies allerdings unter Einnahme von Schmerzmedikamenten. Dieses Kriterium ist demgemäss, wenn überhaupt, höchstens in geringem Umfang erfüllt.

7.6 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien höchstens dasjenige der erheblichen Beschwerden gegeben ist, indessen nicht in auffälliger Weise. Die abweichenden diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12 ff.) setzen sich nicht mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auseinander und führen insgesamt zu keinem anderen Ergebnis.

7.7 Von weiteren Abklärungen (vgl. den entsprechenden Antrag der Beschwerdeführerin um eine interdisziplinäre Begutachtung, Urk. 1 S. 2) sind angesichts des eindeutigen medizinischen Sachverhalts - namentlich dem vollständigen Fehlen jeglicher objektivierbarer Befunde - keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass die Frage der Adäquanzbeurteilung eine rechtliche und keine medizinische ist, wobei die notwendigen medizinischen Grundlagen hinreichend bekannt sind.

8. Damit steht fest, dass die von der Beschwerdeführerin über den 15. November 2008 hinaus geklagten Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 28. April 2007 sind. Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss zu Recht einen Leistungsanspruch auf Versicherungsleistungen ab diesem Zeitpunkt verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Christian Scherrer
  - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
  - 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.