

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00075 vom 20. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00075](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00075)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00075 du 20 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00075 del 20 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1972, war seit Juli 2015 bei der Y.\_\_\_\_ als Sachbearbeiterin angestellt und damit bei der Suva versichert, als sie am 2. Oktober 2015 als Autofahrerin einen Verkehrsunfall erlitt (Urk. 8/1, Urk. 8/32 S. 7 oben).

Nach getätigten Abklärungen stellte die Suva die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 1. Dezember 2016 per 31. Dezember 2016 ein und verneinte einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung (Urk. 8/96/1-2). Auf die von der Versicherten am 20. Januar 2017 erhobene Einsprache (Urk. 8/101) trat die Suva mit Einspracheentscheid vom 3. Februar 2017 (Urk. 8/108) nicht ein. Dieser Entscheid wurde von der Suva am 10. Februar 2017 zurückgezogen (Urk. 8/110 S. 1 oben). Mit erneuter Einspracheentscheid vom 13. Februar 2017 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab (Urk. 8/112 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar

2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 2. Oktober 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlen der ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt 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, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

#### **E. 1.5**

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 177 E. 3. 2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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 109 E. 2.1).

#### **E. 1.6**

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 102 E. 5b/bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung.

Bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädelhirntraumen, welche mindestens den Schweregrad der Contusio cerebri erreichen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2011 vom 26. Juli 2011 E. 2.1), wird hingegen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet

(sogenannte Schleuder trauma-Praxis; zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der oben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. BGE 119 V 335 E. 1, 117 V 359 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. In diesen Fällen ist die Beurteilung praxisgemäss ebenfalls unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a); andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln (sogenannte Schleudertrauma-Praxis). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67; Urteil des Bundesgerichts 8C\_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3).

### **E. 1.7**

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der HWS 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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 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 Bundesgericht 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; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 16. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 13. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufgehoben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr über den 31. Dezember 2016 hinaus weiterhin die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Taggeld und Heilungskosten) auszuzahlen beziehungsweise zu übernehmen (S. 2 Ziff. 1). Es sei der Abschluss des Versicherungsfalles so lange aufzuschieben, als der Gesundheitszustand noch namhaft verbessert werden könne, eventuell sei ihr eine angemessene Invalidenrente und eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2 und 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2017 (Urk. 7) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

Mit Replik vom 7. Juni 2017 (Urk. 10) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 29. Juni 2017 (Urk. 14) ebenfalls an ihrem Antrag fest. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 3. Juli 2017 (Urk. 15) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Beurteilungen davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund des Unfalls vom 2. Oktober 2015 keine objektivierbaren, somatischen Unfallfolgen struktureller Art bestünden. Eine besondere Schwere mit einer Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, sei in Bezug auf den genannten Unfall nicht anzunehmen. Im vorliegenden Fall könne allerhöchstens von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beeinträchtigungen gesprochen werden (S. 10 f.). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den heute geklagten gesundheitlichen Einschränkungen sei zu verneinen (S. 17). Die Leistungseinstellung sei rechtens (S. 19 unten).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), zwischen dem Unfall und den Schmerzen bestehe ein Kausalzusammenhang. Die Leistungseinstellung sei willkürlich erfolgt (S. 7). Die These der Beschwerdegegnerin, wonach der Unfall keine organisch-strukturelle Schäden an der Halswirbelsäule (HWS) verursacht haben soll, sei durch nichts belegt (S. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch über den 31. Dezember 2016 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat und dabei insbesondere das Vorliegen des Kausalzusammenhangs betreffend die noch bestehenden Beschwerden.

## **E. 3.1**

Am 2. Oktober 2015 erlitt die Beschwerdeführerin als Autofahrerin eine Kollision mit einem anderen Auto (vgl. Unfallmeldung vom 22. Oktober 2015, Urk. 8/1). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags durch die Ärzte des D.\_\_\_\_, welche eine HWS-Distorsion Grad II, eine muskuläre Distorsion lumbal rechts sowie unklare

Handschmerzen links, eventuell durch verkrampften Griff am Steuerrad diagnostizierten (Urk. 8/61). Als Befunde nannten sie im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma (Urk. 8/62) sofort nach dem Aufprall auftretende Nackenschmerzen und Schwindel sowie Schmerzen lumbal rechts und nach einer Stunde aufgetretene Schmerzen in der Hand links (S. 2 Ziff. 4). Andere Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen seien verneint worden (S. 2 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin habe auch vor dem Unfall selten leichte Nackenschmerzen gehabt (S. 2 Ziff. 5). Der Beschwerdeführerin wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für Bürotätigkeit ohne körperliche Belastung attestiert (S. 4 Ziff. 9). Eine am 28. Juni 2016 erstattete biomechanische Kurzbeurteilung (Urk. 8/73/2-8) ergab, dass die beim Unfall aufgetretene Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 20-30 km/h gelegen habe (S. 4 oben). Als biomechanisch möglicherweise relevante Besonderheit würden frühere Nackenbeschwerden erwähnt (S. 4 unten). Anhand der vorliegenden Unterlagen sei schwierig zu entscheiden, ob die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung erklärbar seien (S. 5 oben).

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, A.\_\_\_\_, berichtete am 7. Oktober 2015 (Urk. 8/4) über das Röntgen der HWS und führte aus, dass keine unmittelbar traumaassoziierten Veränderungen im Bereich der HWS und des linken Schlüsselbeins, insbesondere kein Nachweis von Frakturen bestünden. Es seien degenerative Bandscheibenveränderungen HWK 5/6 mit segmentaler Blockierung in den Funktionsaufnahmen vorhanden.

### **E. 3.3**

Dem Bericht über das MRI der HWS und des kraniozervikalen Übergangs vom 18. November 2015 (Urk. 8/16/2) ist zu entnehmen, dass im Vergleich mit dem MRI von vor einem Jahr eine gleichbleibende Darstellung der Retrospondylose sowie der Bodenplattenveränderungen der Höhe HWK 5/6 bestehe. Es sei keine relevante Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes sichtbar. In diesem Segment bestehe eine geringe Unkarthrose, wobei ausreichend Platz für den Verlauf der C6 bestehe. Im kaudalen angrenzenden Segment HWK 6/7 bestehe der Verdacht auf einen ventralen subakuten Anuluseinriss sowie möglichen vorderen Längsbandriss mit residuellem prävertebralem Ödem, bei adäquatem Trauma sei dies mit posttraumatischen Veränderungen vereinbar. Es bestehe kein ossäres oder muskuläres Ödem. Im Segment bestehe keine Kompression der C7 im Intervertebralkanal. Das Myelon sei regelrecht, es bestehe kein intra spinales Hämatom oder Siderose. Der kraniozervikale Übergang respektive die Kopfgelenke seien regelrecht.

### **E. 3.4**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 8. Dezember 2015 (Urk. 8/19) und nannte als Diagnose ein zerviko spondylogenes Syndrom bei Status nach Autounfall. Es bestehe ein eher chronischer Verlauf. Gegenwärtig finde eine Physiotherapie sowie eine NSAR-Therapie statt. Die Beschwerdeführerin sei 100%ig arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin habe früher auch unter einem lumbospondylogenen Syndrom gelitten. Neu sei im MRI ein subakuter Anuluseinriss zu sehen, welcher mit dem Unfall vereinbar sei.

### **E. 3.5**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma vom 7. Januar 2016 (Urk. 8/28) fest, dass die Beschwerdeführerin nach der Erstkonsultation im D.\_\_\_\_ ohne körperliche Untersuchung, ohne radiologische Abklärung und ohne Medikamente nach Hause geschickt worden sei, weshalb sie nun bei ihr vorstellig werde (S. 2 Ziff. 2a). Als Befunde nannte sie Kopfschmerzen und Schwindel, welche nach zwölf Stunden aufgetreten seien, sofort nach dem Aufprall auftretende Nackenschmerzen, eine Übelkeit zwanzig Stunden nach dem Aufprall (S. 3 Ziff. 4). Andere Symptome wie Erbrechen, Hör-, Sehstörungen seien verneint worden (S. 3 Ziff. 4). Als Verdachtsdiagnose nannte sie eine HWS-Distorsion Grad II (S. 4 Ziff. 7). Die Beschwerdeführerin sei nur einmal bei ihr als Vertretung der Hausärztin gewesen. Eine Arbeitsunfähigkeit von zirka einer Woche oder länger sei gegeben gewesen (S. 4 Ziff. 10).

### **E. 3.6**

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ berichteten am 25. Februar 2016 (Urk. 8/44) über das ambulante Assessment der Beschwerdeführerin vom 23. Februar 2016. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 2. Oktober 2015: PW frontal-seitliche Kollision links - HWS-Distorsion Grad II - Schulterkontusion links

Sie führten aus, die aktuellen Probleme seien eine erhebliche Symptomausweitung, belastungs- und bewegungsverstärkte andauernde nuchale Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter und den linken Arm, eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung des linken Arms, schmerzbedingte Parästhesien der linken Hand, eine subjektive Kraftminderung im linken Arm, ein Schonverhalten des linken Armes, gelegentlich schmerzbedingte Durchschlafstörungen sowie kognitive Einschränkungen. Aus medizinisch-diagnostischer Sicht sei bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine erhebliche Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen. Die Häufigkeit/Dauer der Therapie pro Woche sowie der Anteil der aktiven Bewegungstherapie seien angesichts der aktuellen Einschränkungen zu gering (S. 2). Insgesamt ergäben sich gewisse rehabilitations- oder eingliederungsrelevante Auffälligkeiten im sozialen Umfeld, welche sich negativ auf den Heilungsprozess auswirken könnten, vor allem die psychosoziale Belastungssituation durch die Arbeitslosigkeit (S. 3). Beim heutigen Assessment habe für aktive und passive Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden werden können. Die Beschwerdeführerin habe eine eher schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt. Anhand der Abklärungsergebnisse werde eine intensivierete ambulante Physiotherapie, zunächst zwei- bis dreimal wöchentlich empfohlen (S. 4). Unter obigen Therapieempfehlungen und im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die heutigen Resultate spreche nichts gegen die Suche einer neuen Arbeit im angestammten Beruf als Sachbearbeiterin (S. 5).

### **E. 3.7**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 6. Juni 2016 (Urk. 8/70) und nannte folgende Diagnose (S. 1): - zerviko-spondylogenes und zerviko-brachiales Syndrom nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion am 2. Oktober 2015 und bei Segmentdegeneration C5/6

Er führte aus, dass sich elektroneurographisch kein Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom, eine anderweitige Medianusschädigung oder Ulnarisneuropathie links ergäben. Nebst dem Unfall dürfte die vorbestehende Segmentdegeneration auf Höhe C5/6 für die Beschwerden

verantwortlich sein. Eine zusätzliche Symp tomasweiterung sei anzunehmen. Es fänden sich keine Hinweise darauf, dass beim Unfall vom 2. Oktober 2015 das Gehirn, das Halsmark oder die zervikalen Nervenwurzeln Schaden genommen hätten. Es werde ein Weiter führen der phy sikalischen Massnahmen einschliesslich der medizinischen Trainings therapie zur weiteren Steigerung der Belastbarkeit und Rekondi tionierung empfohlen.

### **E. 3.8**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 12. Juli 2016 (Urk. 8/78) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - zervikales Schmerzsyndrom mit einer radikulären oder pseudoradiku lären chronischen Schmerzkomponente Schwerpunkt C6/7 links bei - Status nach HWS-Distorsion Grad II am 2. Oktober 2015 - Verdacht auf Analusriss mit residuellem lumbovertebralem Ödem C6/7 wahrscheinlich posttraumatisch - Omarthrose links - Spannungskopfschmerzen

Er führte aus, dass er die Beschwerdeführerin erstmals im Jahre 2000 gesehen habe. Damals habe sie an Kopfschmerzen, die als Spannungskopfschmerzen diagnostiziert worden seien, gelitten (S. 1). Es sei von einem Residualzustand nach Auffahrkollision auszugehen. Die im MRI vom 18. November 2015 beschriebene posttraumatische Schädigung sei jetzt nicht mehr nachweisbar. Das kleine Ödem sei offensichtlich resorbiert worden. Jetzt fände sich noch ein zervikales Schmerzsyndrom mit interkurrenten Episoden mit Spannungskopf schmerzen (S. 2). In der MRI-Untersuchung der HWS vom gleichen Tag (vgl. Urk. 8/119) seien verglichen mit der Voruntersuchung vom 18. November 2015 bekannte degenerative Veränderungen C5/6 mit Retrospondylose und Uncover tebralarthrose festgestellt worden. Im Verlauf habe eine komplette Regredienz der traumatischen/posttraumatischen Veränderungen C6/7 stattgefunden.

### **E. 3.9**

Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Suva-Kreisarzt, nahm am 11. November 2016 Stellung (Urk. 8/93) und führte aus, von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden. Aus medizinischer Sicht sei nach Kenntnis der Berichte der Endzustand erreicht.

### **E. 3.10**

PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, nahm am 11. April 2017 eine chirurgische Beurteilung ohne klinische Untersuchung vor (Urk. 8/121) und führte aus, dass die biomechanische Bewertung rekonstruiert habe, dass sich durch den Unfall keine wesentlichen HWS-Beschwerden hätten ergeben sollen. Dies umso mehr, als es sich nicht um eine Heckkollision gehandelt habe (S. 14 oben). Vorbestehend zum Unfall (MRI vom 24. Oktober 2014) bestünden eine Bandscheibenverschmälerung und eine Alteration der Boden- und Deckplatte von C5 respektive C6. Eine wesentliche Einengung sei dabei für den Wirbelkanal nicht vorhanden. Bei C6/7 sei die Bandscheibe unauffällig. Es lasse sich jedoch bereits hier eine gewisse ventrale Vorwölbung erkennen, hingegen sei keine Signalalteration in diesem Bereich feststellbar. In den Aufnahmen zirka sechs Wochen nach dem Unfall sei dann eine Signalalteration in C6/7 an der ventralen Vorwölbung dargestellt. Man finde auch eine diskrete Signalintensitätsanreicherung prävertebral von C4

### **E. 7**

Innerhalb des Anulus fibrosus von C6/7 ventral sei eine Signalintensitätsanreicherung zu erkennen. Ebenfalls, wenn auch eher diskret, sei ein Knochenmarködem in diesen T2-Sequenzen im dorsalen Anteil von C5-7 zu erkennen. Im Bereich des Zwischenwirbelraumes und der Deckplatten von C5/6 habe sich keine Veränderung ergeben. Die konventionellen Röntgenaufnahmen fünf Tage nach dem Unfall zeigten eine HWS, welche eine Streckhaltung im oberen Anteil habe, was durchaus mit dem Unfall im Sinne einer antalgischen Streckhaltung vereinbar sei. Die Reklination und Inklination im oberen HWS-Bereich sei problemlos, hingegen sei C5/6 völlig blockiert und mache bei diesen Bewegungen nicht mit. Die MRI-Bilder vom 12. Juli 2016, also rund neun Monate nach dem MRI zirka einen Monat nach dem Unfall zeige erstens, dass die Signalalteration am ventralen Anulus fibrosus von C6/7 verschwunden sei. Die prävertebrale Signalintensitätsanreicherung von C4-7 sei ebenfalls nicht mehr zu sehen und auch das diskrete Knochenmarködem im dorsalen Anteil von C5-7 sei nicht mehr vorhanden. Aufgrund dieser Veränderungen in den MRI vor, knapp später und im weiteren Verlauf nach zirka zehn Monaten zeigten einen Ablauf im Bereich von C6/7, unverändert jedoch die Situation in C5/6 (S. 14).

Es sei strittig, ob eine Signalalteration in einer MRI-Untersuchung eine strukturell objektivierbare Läsion sei. Im Zusammenhang mit einem stattgehabten Trauma mit entsprechender Klinik könne eine Signalalteration als posttraumatisches Phänomen gewichtet werden. Im konventionellen Röntgenbild müssten diese Veränderungen im MRI sich nicht abbilden (ausser bei einer manifesten Fraktur). Das MRI eigne sich auch, um Verläufe zu dokumentieren. Wenn eine Signalintensitätsanreicherung nach einem Trauma vorhanden sei, werde sich dieses Phänomen auch wieder zurückbilden, da es ein vorübergehendes Ereignis gewesen sei, das sich nach einer Rückkehr in den Normalzustand wieder verliere und nicht mehr sichtbar sei. Auch bei Rückkehr in den Arbeitsalltag könnten noch sichtbare Signalalterationen im MRI vorhanden sein, ohne dass der übliche Tagesablauf entsprechend gestört sei (S. 14 f.). Der vorliegende Riss im ventralen Anulus fibrosus müsse nicht traumatischer Natur sein, sondern sei generell Ausdruck einer Überbelastung. Seien weitere vorübergehende Signalalterationen in der Umgebung vorhanden und bestehe in der Anamnese ein zeitnahes Unfallereignis, vor allem bei einem früheren normalen Befund, so liege der Schluss nahe, dass der Befund mit einem Trauma vereinbar sei (S. 15 unten).

Vorliegend zeige die Sequenz der drei MRI den Ablauf des Phänomens der veränderten Signalgebung (vermehrte Flüssigkeitsansammlung) an der HWS. Sechs Wochen nach einem HWS-Trauma sei eine solche Signalintensitätsanreicherung im ventralen Anulus fibrosus C6/7 neu gegenüber einem MRI von 2014 zu sehen. Weitere diskrete Signalalterationen in angrenzenden Weichteilen und Knochen seien erkennbar. Eine Vorwölbung an der Vorderseite der Bandscheibe C6/7 sei aber schon auf dem MRI von 2014 zu sehen. Damit sei ein vorbestehender Befund C6/7 dokumentiert. Dieses Phänomen sei neun Monate später verschwunden. Unfallfremd sei eine höhengeminderte, osteochondrotisch veränderte Zwischenwirbelscheibe C5/6 mit dorsal betonten Alterationen der Boden- und Deckplatten sowie dorsale Spondylodese der Bodenplatte C5 zu sehen (MRI 2014). Dieser Befund an C5/6 sei im Gegensatz zu C6/7 nicht vorübergehend, sondern habe persistiert. Beim Befund C6/7 handle es sich also um eine vorübergehende Verschlimmerung. Der Status quo sine sei bildgebend rund zehn Monate nach Trauma erreicht. Angesichts des Faktums, dass es sich beim Befund um eine eher

diskrete Signalveränderung handle, was auch mit der biomechanischen Beurteilung vom Juni 2016 korreliere, könne davon ausgegangen werden, dass der klinische Status quo sine nach sechs bis sechzehn Wochen erreicht sei. Wie dargelegt, sei das Phänomen der Signalalteration länger als die klinischen Symptome vorhanden (S. 16).

Als strukturell objektivierbare Folge des Unfalls liege die neu nach dem Unfall relativ zeitnah aufgetretene Signalalteration in C6/7 vor. Von weiteren Behandlungen per 31. Dezember 2016 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden können. Da es sich sowohl bildgebend wie retrospektiv in der biomechanischen Analyse um ein eher leichtes Trauma handle, sei der Status quo sine nach sechs bis maximal sechzehn Wochen erreicht (S. 16 unten). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt. So ergab der radiologische Befund der HWS lediglich Hinweise auf eine vorübergehende Verschlimmerung bestehender degenerativer Veränderungen in Höhe C6/7 im Sinne einer Signalalteration (vgl. Urk. 8/121 S. 16). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein zerviko-spondylogenes und zerviko-brachiales Syndrom nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion Grad II und nannten als Befunde sofort nach dem Aufprall auftretende Nackenschmerzen und Schwindel (Urk. 8/62 S. 2 Ziff. 4). Andere Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen wurden anlässlich der Erstkonsultation verneint (S. 2 Ziff. 4).

Es ist hier auf die konstante Rechtsprechung hinzuweisen, wonach von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2). Dies war vorliegend gerade nicht der Fall. Sodann lassen auch klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit recht sprechungs gemäss nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat der geklagten Beschwerden schliessen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_945/2008 vom 8. April 2009 E. 6.2). Die geltend gemachten Nackenschmerzen und die festgestellte verminderte Beweglichkeit der HWS sind dementsprechend zwar klinisch fassbar, stellen aber keine strukturelle Läsion dar. Es verbleiben damit Beschwerden ohne objektivierbares organisches Korrelat. 4.2

Zur Beurteilung des Vorliegens eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Beschwerden liegt eine ausführlich begründete Einschätzung durch PD Dr. I. \_\_\_ vor (vorstehend E. 3.10). Dieser begründete die blosse Möglichkeit einer Kausalität damit, dass strittig sei, ob eine Signalalteration in einer MRI-Untersuchung eine strukturell objektivierbare Läsion sei. Die Signalalteration sei ein Phänomen im Sinne einer Flüssigkeitsansammlung in Knochen oder Weichteilen, welche verschiedene Ursachen haben könne. Die drei MRI zeigten den Ablauf dieses Phänomens der veränderten Signalgebung an der HWS. Eine Vorwölbung an der Vorderseite der Bandscheibe C6/7 sei jedoch schon auf dem MRI von 2014 zu sehen. Damit sei ein vorbestehender Befund in C6/7 dokumentiert. Bei diesem Befund handle es sich also um eine vorübergehende Verschlimmerung. Zum Riss im Anulus fibrosus führte PD Dr. Heim in nachvollziehbarer Weise aus, dass dieser nicht traumatischer Natur sein müsse, sondern

generell Ausdruck einer Überbelastung sei. Der Status quo sine sei bildgebend rund zehn Monate nach dem Trauma erreicht. Angesichts des Faktums, dass es sich beim Befund um eine eher diskrete Signalveränderung handle, was auch mit der biomechanischen Beurteilung korreliere, erachtete er den klinischen Status quo sine nach sechs bis sechzehn Wochen als erreicht (S. 15 f.). 4.3

Die Frage der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den vorliegend nicht objektivierbaren Beschwerden braucht indessen nicht abschliessend geklärt zu werden und weitere Ausführungen hierzu erübrigen sich, da ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang in jedem Fall nicht adäquat wäre. Denn – anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (vorstehend E. 1.5) – ist unter den gegebenen Umständen eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen (vorstehend E. 1.6-1.7). Dabei ist zu beachten, dass im vorliegenden Fall kein sogenanntes buntes Beschwerdebild vorliegt.

So berichtete die Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten des D.\_\_\_\_ zwar über sofort nach dem Aufprall auftretende Nackenschmerzen und Schwindel (vgl. vorstehend E. 3.1). Dagegen werden etwa Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, eine rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, eine Reizbarkeit sowie Affektlabilität oder eine Depression nicht erwähnt, dies auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt.

Ob die Adäquanzprüfung nach der Psycho- oder der Schleudertrauma-Praxis zu erfolgen hat (vorstehend E. 1.6), kann allerdings ebenfalls offenbleiben, da wie im Folgenden zu zeigen ist – auch die Beurteilung nach Letzterer zur Verneinung der Adäquanz führt. 4.4

Zu prüfen ist vorab, ob der Fallabschluss per 31. Dezember 2016 rechtmässig war. Ein solcher ist dann vorzunehmen, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. In diesem Zeitpunkt ist der Fall somit unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteile des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3 und 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3). Der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz setzen lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 5.2 und 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2).

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ gingen bereits im Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.6) davon aus, dass im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die Resultate nichts gegen die Suche einer

neuen Arbeit im angestammten Beruf als Sachbearbeiterin spreche. Weiter berichteten sie von einer erheblichen Symptomenausweitung sowie einer eher schlechten Leistungsbereitschaft seitens der Beschwerdeführerin und machten auf gewisse rehabilitations- oder eingliederungsrelevante Auffälligkeiten im sozialen Umfeld aufmerksam, welche sich negativ auf den Heilungsprozess auswirken könnten. Kreisarzt Prof. H. \_\_\_ bestätigte das Erreichen des Endzustandes im November 2016 (vgl. vorstehend E. 3.9). Diese Einschätzung wurde im April 2017 von PD Dr. I. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10) bestätigt. Er ging ebenfalls davon aus, dass von weiteren Behandlungen per 31. Dezember 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr habe erwartet werden können.

Diesen schlüssigen Einschätzungen kann gefolgt werden.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin geht aus den medizinischen Berichten nicht hervor, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung und Therapie noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Auswirkung auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit hätte erwartet werden können. Vielmehr begründete PD Dr. I. \_\_\_ einlässlich und sorgfältig, dass bei Rückkehr in den Arbeitsalltag noch sichtbare Signalalterationen im MRI vorhanden sein könnten, ohne dass der übliche Tagesablauf entsprechend gestört sei und erachtete den Status quo sine gestützt auf die Bildgebung sowie die biomechanische Analyse gar nach sechs bis maximal sechzehn Wochen als erreicht (vorstehend E. 3.10).

Entsprechend stand einem Fallabschluss auf den 31. Dezember 2016 nichts im Wege (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2008, vom 27. November 2008 E. 4.1), und es waren keine weiteren Heilbehandlungen mehr geschuldet. 4.5

Angesichts des dokumentierten Ereignisablaufs (vgl. Polizeirapport vom 2. Dezember 2015, Urk. 8/32) und den Angaben in der Unfallanalyse (Urk. 8/73) hat die Beschwerdegegnerin den Unfall als mittelschwer eingestuft (Urk. 2 S. 13). Dies ist im Lichte der Rechtsprechung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_169/2007 vom 5. Februar 2008 E. 4.2, 8C\_743/2007 vom 14. Januar 2008 E. 6, U 213/06 vom 29. Oktober 2007 E. 7.2, U 258/06 vom 15. März 2007 E. 5.2, U 492/06 vom 16. Mai 2007 E. 4.2) nicht zu beanstanden. Für die Annahme einer Tendenz gegen schwer verlangt die Rechtsprechung viel erheblichere Umstände (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.).

Somit sind die gemäss der Rechtsprechung massgebenden Kriterien (vorstehend E. 1.7) zu prüfen und die Adäquanz wird bejaht, wenn mindestens deren drei (oder eines in ausgeprägter Weise) erfüllt sind. 4.6

Der Unfall hat sich objektiv betrachtet weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch ist er als besonders eindrücklich anzusehen. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweis auf die nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199

).

Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist vorliegend ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten. Die Beschwerdeführerin klagte zwar über Nackenschmerzen sowie Schwindel, wobei diese allerdings keinem unfallbedingten objektiven Korrelat zugeordnet werden konnten und die Beschwerdeführerin auch kein für ein Schleudertrauma typisches buntes Beschwerdebild aufwies (vorstehend E. 4.1, E. 4.3). Die Diagnose einer HWS Distorsion genügt für sich allein nicht zur Bejahung einer besonderen Schwere (BGE 134 V 109 E. 10.2.2).

Sodann ist auch eine fortgesetzte belastende ärztliche Behandlung zu verneinen. Die durchgeführten Behandlungen mittels Physiotherapie sowie die Massagen können nicht als überdurchschnittlich belastend bezeichnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.4.3 und 8C\_52/2008 vom 5. September 2008 E. 8.2).

Beim Kriterium der Dauerbeschwerden können adäquanzrelevant 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 verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Eine erhebliche Einschränkung im Lebensalltag ist vorliegend allerdings nicht ersichtlich, war die Beschwerdeführerin doch bereits am Tag nach dem Unfall bis und mit dem 27. Oktober 2015 wieder arbeitstätig (vgl. Urk. 8/28 Ziff. 10, Urk. 8/50 S. 1 f.). Erhebliche Einschränkungen in der Freizeitgestaltung sind ebenfalls nicht aktenkundig. Zudem genügen die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien ebenso wenig zur Bejahung dieses Kriteriums wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8.6). Daher kann auch dieses Kriterium als nicht erfüllt betrachtet werden.

Den Akten lassen sich sodann keine Hinweise für einen schwierigen Heilungsverlauf, erhebliche Komplikationen oder eine ärztliche Fehlbehandlung entnehmen. Schliesslich ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit zu verneinen, wobei dies schliesslich offen bleiben könnte, da auch in diesem Fall nur ein Kriterium erfüllt wäre, was zur Verneinung der Adäquanz führt. 4.7

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass keines der praxisgemässen Kriterien als erfüllt erachtet werden kann, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den über den 31. Dezember 2016 hinaus anhaltend geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen ist. Damit erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur natürlichen Kausalität (vorstehend E. 1.6). Die von der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2016 verfügte Leistungseinstellung erfolgte demnach zu Recht.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, 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. iur. André Largier - Suva - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Schüpbach

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.