

200 16 1179 UV
KOJ/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juli 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____,
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich gemäss Schadenmeldung am 2. Februar 2015 bei einem Autounfall eine Prellung der Halswirbelsäule (HWS) sowie der linken Schulter zuzog (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge gewährte die Suva im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (AB 2 f., 18 f.) und tätigte verschiedene Abklärungen zum Gesundheitszustand sowie zum Unfallhergang. Mit Verfügung vom 9. März 2016 (AB 140) stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. März 2016 mangels adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 2. Februar 2015 ein. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 145) mit Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016 (AB 159) fest.

B.

Mit Eingabe vom 30. November 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. März 2016 sowie der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016 seien aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung zurückzuweisen. Des Weiteren ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt; dieses Gesuch zog sie in der Folge mit Eingabe vom 10. Januar 2017 zurück.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Februar 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals C. _____, vom 20. Januar 2017 zu den Akten.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016 (AB 159), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 31. März 2016 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalles vom 2. Februar 2015 nach dem 31. März 2016 und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen

der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2014 UV Nr. 25 S. 82 E. 4).

2.3 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.3.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

2.3.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schä-

del-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um

blosse Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2).

2.3.3 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, inva-

lidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232

E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.4 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

2.5 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung

zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 2. Februar 2015 die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor; AB 1, 13 S. 3) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (vgl. AB 2 f., 18 f.) erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. März 2016 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Am 24. Februar 2015 wurde eine MRI-Untersuchung der HWS durchgeführt. In der Beurteilung führte Dr. med. D._____, Facharzt für Radiologie aus, es bestehe weder eine signifikante Bandscheibenprotrusion oder ein Prolaps noch eine Neurokompression. Es liege eine reguläre Darstellung des Myelons vor. Der Spinalkanal sei ausreichend weit (AB 29).

3.2.2 Der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin, hielt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. März 2015 (AB 30) fest, bei der Patientin seien sofort nach dem Unfall Nackenschmerzen und Schwindel, nicht aber Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen aufgetreten (S. 2). Der MRI-Befund sei altersentsprechend. Es lägen ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad I und differentialdiagnostisch

eine Prellung der Schulter links vor. Die Patientin sei vom 2. Februar 2015 bis auf Weiteres arbeitsunfähig (S. 3).

3.2.3 Im Bericht der Rehaklinik F. _____ vom 17. April 2015 (AB 42) über das ambulante Assessment nannten med. prakt. G. _____ und Dr. med. H. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als Diagnosen einen Unfall vom 2. Februar 2015 (seitlicher PW-Frontalaufprall) mit HWS-Distorsion Quebec Task Force (QTF) II und eine Präadipositas. Aktuell bestünden eine erhebliche Symptomausweitung, Spannungskopfschmerzen, Bewegungs- und belastungsabhängige Nackenbeschwerden linksbetont, Schmerzen des Schultergürtels links > rechts, Schwindel (a.e. orthostatisch), eine allgemeine Dekonditionierung mit Müdigkeit, Schwäche und eingeschränkter Leistungsfähigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen und Flashbacks, eine eingeschränkte Konzentration bzw. Gedächtnisleistung, eine Hypästhesie des Unterarms und der Hand links, ein Ohrgeräusch links > rechts und Sehstörungen (S. 1). Die Patientin habe eine reduzierte Leistungsbereitschaft gezeigt. Es werde die Fortführung der begonnenen ambulanten Physiotherapie mit deutlicher Betonung aktiver Therapie mit segmentalen Stabilisationsübungen empfohlen (S. 3). Ergänzend zur körperbezogenen Behandlung sei eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung und Mitbehandlung sinnvoll. Unter der genannten Therapieempfehlung und im Hinblick auf den bisherigen Verlauf sowie die aktuellen Resultate spreche rein unfallkausal nichts gegen eine Initialisierung der Arbeitsfähigkeit (S. 4).

3.2.4 Der Suva-Kreisarzt, Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Beurteilung vom 28. April 2015 (AB 43) fest, es hätten zu keinem Zeitpunkt unfallbedingte strukturelle Veränderungen objektiviert werden können.

3.2.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht der Neurologie ... vom 1. Juni 2015 (AB 56) einen St. n. Unfallereignis vom 2. Februar 2015 mit/bei klinisch Zeichen eines HWS-Distorsionstraumas QTF II, klinisch paravertebralen Druckdolenzen, Muskelverspannungen und subjektiv Gefühllosigkeit der linken oberen Extremität, MRI vom 24. Februar 2015 (keine Myelopathie, keine relevante strukturelle Läsion), Medianus SSEP vom 29. Mai 2015 (Normalbefund, kein

sensibles Affferenzdefizit), unterliegendes Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMB vom 29. Mai 2015) sowie einen möglichen reaktiven Beschwerdekomples mit Spannungskopfschmerzen und Müdigkeit mit/bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie möglicher reaktiver depressiver Situation (S. 1). Bezüglich der Hypästhesie der linken Körperseite könne ein morphologisches Korrelat ausgeschlossen werden. Insgesamt zeige sich einerseits das Bild einer klaren Klinik mit muskulären Verspannungen auf Höhe der HWS (S. 2) und andererseits die Konstellation einer Symptomausweitung. In Wiederholung der zuvor genannten Diagnosen berichtete Dr. med. J. _____ am 19. Juni 2015, objektiv sei der Befund klar besser als vor drei Wochen. Die HWS-Beweglichkeit habe sich verbessert, die Muskelverspannungen und Druckdolenzen seien zwar weiterhin vorhanden aber nicht mehr geprägt von einer so deutlichen Abwehrspannung (AB 61 S. 2). Am 12. August 2015 führte er weiter aus, zwar bestünden noch die Residuen des stattgehabten Unfallereignisses mit Muskelverspannungen auf der zervikalen Ebene, dazu fänden sich auch Zeichen der Symptomausweitung mit klarem Gegenhalten der passiven Beweglichkeit und Verbesserung der Beweglichkeit bei Ablenkung der Patientin. Insgesamt zeige sich rein objektiv entgegen der Wahrnehmung der Patientin eine Verbesserung der Gesamtsituation. Die Problematik des Beschleunigungstraumas sei am Ausheilen. Die Arbeitsfähigkeit könne aus Sicht des stattgehabten Schleudertraumas als zumindest teilweise gegeben betrachtet werden. Ab 17. August 2015 sei die Arbeitsfähigkeit zu 50 % wiedergegeben (AB 66 S. 2). In einem weiteren Bericht der Neurologie ... vom 16. Oktober 2015 (AB 86) erwähnte Dr. med. J. _____ zusammen mit Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, der Erholungsprozess nach Distorsionstrauma der HWS sei absolut unbefriedigend. Die Patientin sei sehr passiv. Sie benötige eine psychologische Behandlung, eine sehr aktive Physiotherapie inkl. Stabilisierungsübungen und auch noch eine intensivere medikamentöse Behandlung (S. 2).

3.2.6 Dr. med. L. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Juni 2015 (AB 62) einen normalen vestibulären Status, einen posttraumatischen Tinnitus links und eine leichtgradige Tympanofibrose rechts. Bezüglich Schwindel fänden sich keine Hinweise auf eine zentrale oder periphere vestibuläre Funktionsstörung. Bezüglich

des Tinnitus handle es sich vermutlich um eine Unfallfolge ohne Objektivierbarkeit. Eine traumatische Hörschweleneinschränkung liege nicht vor. Vermutlich bestünden auf der Gegenseite postentzündliche Veränderungen nach frühkindlichen Otitiden. Im Vordergrund stehe die Habituation bzw. die Therapie der Nackenbeschwerden. Am 11. September 2015 bestätigte er die von ihm bereits gestellten Diagnosen und berichtete, die Trommelfelle seien bds. unauffällig. Es dürfte sich nach wie vor um einen cervicogenen Tinnitus links handeln (AB 67).

3.2.7 Im zuhanden des Motorfahrzeughaftpflichtversicherers, M. _____ AG, erstatteten Aktengutachtens vom 10. November 2015 (AB 106 S. 2 ff.) führte Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie, aus, initial seien linksseitige Armbeschwerden und eine Kraftlosigkeit der linken oberen Extremität beklagt worden, zusätzlich auch Nackenschmerzen. In der Folge seien ein Schwindel, Sehstörungen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, eine allgemeine Dekonditionierung sowie starke Bewegungseinschränkungen angegeben worden (S. 12). Allen Beschwerden fehle ein organisch-strukturelles unfallbedingtes Korrelat. Die MRI-Abklärung der HWS vom 24. Februar 2015 habe absolut intakte Verhältnisse ergeben. Bei dieser Abklärung drei Wochen nach dem Ereignis seien weder Ergüsse in den Facettengelenken noch Bandrupturen dargestellt worden und es hätten sich auch keine Hinweise für einen paravertebralen Weichteilschaden ergeben. Damit sei bewiesen, dass die HWS selbst nicht strukturell geschädigt worden sei. Werde davon ausgegangen, dass es eventuell zu muskulären Mikrozerrungen gekommen sei mit im MRI nicht mehr darstellbaren Ödemen und Mikrohämatomen, so resorbierten diese sich innerhalb weniger Wochen. Klinisch komme es zu einem kurzzeitigen Schmerzmaximum, dann mit der Resorption der eventuell möglichen kleinen Hämatome oder Ödeme zum Decrescendo der Beschwerden. Auszugehen sei bereits zum Zeitpunkt des ambulanten Assessments in der Rehaklinik F. _____ und der Diagnose einer erheblichen Symptomausweitung von einer folgenlosen Ausheilung, da die gesamte Palette der Symptome nicht unfallbedingt habe begründet werden können (S. 13).

3.2.8 Am 18. Januar 2016 diagnostizierte Dr. med. O. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, eine Anisometropie (> 2 dptr., bds.), eine Hyperopie

und einen Astigmatismus (linkes Auge), eine Amblyopie ex Anisometropie (linkes Auge) und eine Glaskörperdestruktion bds. Die Amblyopie am linken Auge sei schon vor dem Unfall bekannt gewesen, nur die Tiefe habe sich verändert (AB 114).

3.2.9 Im Bericht der Rehaklinik P._____ vom 7. März 2016 (AB 139) über die Hospitalisation vom 11. bis 30. Januar 2016 nannte Dr. med. Q._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, als Diagnosen einen St. n. Autounfall vom 2. Februar 2015 mit/bei HWS-Distorsionstrauma QTF II, Kribbelparästhesien und Gefühllosigkeit der linken oberen Extremität, posttraumatischer Tinnitus links, MRI der HWS vom 24. Februar 2015 (keine Myelopathie, keine relevante strukturelle Läsion), Medianus SSEP vom 29. Mai 2015 (Normalbefund, kein sensibles Affferenzdefizit), Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMG vom 29. Mai 2015) sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen und den Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (S. 1). Trotz intensiven physiotherapeutischen und physikalischen Massnahmen habe keine Schmerzlinderung erreicht werden können. In allen Alltagsfunktionen und auch beim Gehen sei die Patientin schmerzbedingt verlangsamt gewesen (S. 2). Beim Austritt habe weiterhin eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 3).

3.2.10 Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht des Spitals C._____ vom 19. Juli 2016 (AB 155) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40; S. 1). Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei weiter indiziert, um Motivation für eine Psychopharmakotherapie zu erreichen und soweit möglich um auch eine Schmerzbewältigungsstrategie zu besprechen. Die Patientin befinde sich seit dem 18. Februar 2016 bei ihnen in ambulanter integriert psychiatrischer Behandlung und sei seit dem Eintritt zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Verlangsamung im Denken, dem Grübeln über den Autounfall, Ängste (geschlossene Räume), Insuffizienzgefühle, vermindertem Antrieb, sozialem Rückzug sowie Ein- und Durchschlafstörungen noch nicht vorhanden (S. 3). In einem weiteren Bericht des Spitals C._____ vom 30. Januar 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 7), welchen die Beschwerdeführerin im Be-

schwerdefahren beigebracht hat, führte Dr. med. R. _____ zusammenfassend aus, aufgrund des Autounfalls im Februar 2015 und der bestehenden Schmerzproblematik, die auch zur Entwicklung von depressiver Symptomatik geführt habe, sei eine ambulante Therapie mittelfristig nicht für eine Genesung ausreichend.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016 (AB 159) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Berichte der MRI-Untersuchung vom 24. Februar 2015 (AB 29), des ambulanten Assessments vom 14. April 2015 in der Rehaklinik F. _____ (AB 42), der kreisärztlichen Beurteilung vom 28. April 2015 (AB 43), der verschiedenen Untersuchungen der Dres. med. J. _____ und L. _____ (AB 56, 61, 62, 66, 86) sowie auf das Aktengutachten von Dr. med. N. _____ vom 10. November 2015 (AB 106 S. 2 ff.).

Diesen Berichten kann übereinstimmend entnommen werden, dass den von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Beschwerden kein organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat zu Grunde liegt. Sowohl das drei Wochen nach dem Unfall vom Hausarzt veranlasste MRI wie auch das am 6. Mai 2015 durchgeführte konventionelle Röntgen ergaben keine Hinweise auf traumatische Veränderungen bzw. ossäre Läsionen der HWS (AB 29, 47). Ebenso schloss der behandelnde Neurologe Dr. med. J. _____ bezüglich der Hypästhesie der linken Körperseite ein morphologisches Korrelat ausdrücklich aus (AB 56) und Dr. med. L. _____ hielt hinsichtlich des Schwindels fest, dass keine Hinweise auf eine zentrale oder periphere vestibuläre Funktionsstörung vorlägen und es hinsichtlich des Tinnitus an der Objektivierbarkeit fehle (AB 62). Sodann finden sich auch in den übrigen Akten keine Anhaltspunkte, wonach die von der Beschwerdeführerin anhaltend geklagten Beschwerden auf einem objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren unfallbedingten strukturellen Veränderung beruhen würden. Somit ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht an keinen organisch nachweisbaren (unfallkausalen) Beschwerden leidet. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass die Beschwerden seit dem Unfall anhalten, ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung der Grundsatz „post hoc, ergo propter hoc“, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

Ob die weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 2. Februar 2015 stehen, kann vorliegend offen bleiben, da eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin jedenfalls – wie nachfolgend dargelegt wird (vgl. E. 4 hiernach) – an der fehlenden Adäquanz des Kausalzusammenhangs scheitert (vgl. E. 2.2 und E. 2.3.2 f. hiervor; BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2014 UV Nr. 25 S. 82 E. 4). Im Übrigen enthalten der Austrittsbericht der Rehaklinik P. _____ vom 7. März 2016 wie insbesondere auch der nachträglich eingereichte Bericht des Spitals C. _____ vom 30. Januar 2017 (BB 7) keine weiterführenden

den Angaben zur natürlichen Kausalität, sondern haben primär einen therapeutischen Ansatz.

3.5 Da nach dem Gesagten den geltend gemachten Beschwerden ein organisches Substrat fehlt, hat eine besondere Prüfung der Adäquanz zu erfolgen (vgl. E. 2.3.2 hiavor). Dabei ist von Bedeutung, ob die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat (vgl. E. 2.3.2 hiavor).

Ausgehend von der medizinischen Aktenlage ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfall vom 2. Februar 2015 zwar eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde, in der unmittelbaren Folge indessen keine Häufung der typischen Beschwerden nach einer solchen Verletzung aufgetreten ist (AB 159 S. 6 und vgl. Beschwerdeantwort S. 4). Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. E._____ vermerkte im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. März 2015 (AB 30), dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall sofort Nackenschmerzen und Schwindel angegeben habe. Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen verneinte sie dagegen. Zusätzlich hielt er fest, dass am Nacken bereits vor dem Unfall behandlungsbedürftige Beschwerden bestanden hätten (AB 30 S. 2). Die Beschwerdeführerin stellt die Ausführungen des Hausarztes nicht Abrede, bringt jedoch vor, die Symptome seien in den Untersuchungen der Rehaklinik P._____ nach dem Unfall festgestellt worden (vgl. Beschwerde S. 3 Art. 2). Letztlich kann sowohl die Frage, ob die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2015 ein Schleudertrauma der HWS oder einen dem Schleudertrauma äquivalenten Mechanismus (Kopfanprall) erlitten hat, als auch die Frage, ob sich die für solche Vorgänge typischen Beschwerden innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden (gehäuft) manifestiert haben, offen bleiben. Denn selbst unter der Annahme, dass eine entsprechende Verletzung vorliegt, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zu prüfen, da die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen gesamthaft nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben bzw. sich

eine im Vordergrund stehende eigenständige psychische Problematik entwickelte (vgl. E. 2.3.2 hiervor). So wiesen med. prakt. G._____ und Dr. med. H._____ anlässlich des bereits weniger als drei Monate nach dem Ereignis durchgeführten ambulanten Assessments in der Rehaklinik F._____ auf eine erhebliche Symptomausweitung hin und erachteten deshalb eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung und Mitbehandlung als sinnvoll (AB 42 S. 2, 4). Sodann wies auch Dr. med. J._____ im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 29. Mai 2015 auf die Konstellation einer Symptomaggravation hin und erachtete eine reaktive depressive Situation als möglich (AB 56 S. 3). Diese Einschätzungen bestätigte er in den späteren Verlaufsuntersuchungen (AB 61, 66) und am 16. Oktober 2015 hielten er und Prof. Dr. med. K._____ eine psychologische Behandlung für notwendig (AB 86 S. 2). Im Januar 2016 wurde in der Rehaklinik P._____ der Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt diagnostiziert und mit der Beschwerdeführerin wurden klinisch-psychologische Gespräche geführt (AB 139). Der die Beschwerdeführerin seit Februar 2016 behandelnden Psychiater Dr. med. R._____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und hielt fest, dass die Beschwerdeführerin in jeder Sitzung über Schmerzen, die sie überall im Körper spüre und welche die ganze Zeit vorhanden seien und sich unerwartet verstärkten, berichte (AB 155 S. 1 f.). Da aus diesen Berichten klar hervorgeht, dass die psychische Problematik schon kurze Zeit nach dem Unfall in den Vordergrund getreten ist, erübrigt sich das Einholen von Stellungnahmen der behandelnden Psychiater. Unter diesen Umständen ist die Adäquanz nach den in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätzen zu beurteilen (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

3.6 Zur Beurteilung, ob mit weiterer ärztlicher und therapeutischer Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist und der Zeitpunkt für einen Fallabschluss damit gegeben war (vgl. E. 2.4 hiervor), sind folglich einzig die somatischen Beschwerden massgebend (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

Gestützt auf die medizinischen Akten steht fest, dass in somatischer Hinsicht ein stabiler Zustand vorliegt und ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses

ses per 31. März 2016 (AB 159 S.9) von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war. Die bisherigen Behandlungen haben nicht zu einer anhaltenden Verbesserung der Symptomatik geführt (AB 61 S. 2, 66 S. 2, 86 S. 1, 139 S. 2). Dies bestätigen denn auch die behandelnden Ärzte der Rehaklinik P._____ in ihrem Bericht vom 7. März 2016, indem sie ausführen, dass trotz intensiven physiotherapeutischen und physikalischen Massnahmen keine Linderung der Beschwerden erreicht werden konnte (AB 139 S. 3). Da im hier massgebenden Zeitpunkt auch keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung am Laufen waren (AB 158), ist der Fallabschluss per Ende März 2016 mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden.

4.

4.1 Bei der Prüfung der adäquaten Kausalität nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden ist die Schwere des Unfalles ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (vgl. E. 2.3.3 hier vor). Bezüglich der Unfallschwere geht die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Ereignisses vom 2. Februar 2015, bei welchem ein entgegenkommender Personenwagen auf schneebedeckter Fahrbahn ins Rutschen geriet und den von der Beschwerdeführerin gelenkten Personenwagen auf der Fahrerseite seitlich-frontal streifte (AB 13 S. 3), höchstens von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen aus (AB 159 S. 8), was nicht zu beanstanden ist. Eine ärztliche Betreuung am Unfallort war nicht erforderlich. Da die Beschwerdeführerin seitlich-frontal und nicht etwa frontal kollidierte, waren die wirkenden Kräfte der Fahrzeuge entsprechend reduziert. Dies geht auch aus dem unfallanalytischen Gutachten der S._____ vom 24. März 2015 (AB 50 S. 81 ff.) hervor. Darin wurde eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) zwischen 4 und 8 km/h errechnet, welche alsdann in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 18. Mai 2015 bestätigt wurde (AB 54 S. 3).

4.2 Die Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien gemäss BGE 115 V 133 (vgl. E. 2.3.3 hiervor) ergibt das folgende Bild:

4.2.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2). Beim Unfall vom 2. Februar 2015 waren weder besonders dramatische Begleitumstände gegeben noch war dieser besonders eindrücklich. Nach den Angaben im Polizeirapport konnten die Unfallbeteiligten ihre Fahrzeuge selbständig und unverletzt verlassen (AB 13 S. 3). Zudem waren sowohl das Fahrzeug der Beschwerdeführerin als auch das ihr nachfolgende Fahrzeug nach dem Unfall soweit fahrbar, dass diese nach der Unfallaufnahme durch die jeweiligen Lenker wieder behändigt werden konnten (AB 13 S. 11). Das erwähnte Kriterium ist damit nicht erfüllt.

4.2.2 Von schweren oder besonders gearteten Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, kann angesichts der erlittenen Verletzungen (vgl. AB 30 S. 3 Ziff. 7) nicht gesprochen werden, zumal sich die Beschwerdeführerin keine Frakturen zugezogen hat und nach dem Unfall auch nicht hospitalisiert werden musste. Insbesondere ist hier auch auf die bereits vor dem Unfall bestehenden und behandelten Nackenbeschwerden zu verweisen (AB 30 S. 2 Ziff. 5).

4.2.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 S. 366). Über längere Zeit lagen hier nach dem Ereignis vom 2. Februar 2015 keine somatisch begründbaren Beschwerden vor, weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist.

4.2.4 Beim Kriterium körperliche Dauerschmerzen sind allein objektiv organisch ausgewiesene Beschwerden relevant. Da die von der Beschwerde-

führerin nach wie vor geltend gemachten Beschwerden diese Voraussetzung nicht erfüllen, ist auch dieses Kriterium nicht gegeben.

4.2.5 Ebenso wenig ist im Lichte der medizinischen Akten eine ärztliche Fehlbehandlung ausgewiesen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

4.2.6 Weiter ist auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen nicht erfüllt, denn aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Damit sind die im Bericht der Rehaklinik P. _____ vom 7. März 2016 angegebene Medikation wie auch das darin beschriebene multimodale Therapieprogramm (AB 139) unbeachtlich.

4.2.7 Zwar wird im Unfallschein ab dem Unfallzeitpunkt durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (AB 148). Da aber die Arbeitsunfähigkeit bereits nach kurzer Zeit ausschliesslich durch die organisch nicht objektivierbaren Beschwerden bedingt war, ist auch das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen.

4.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass keines der Kriterien der Adäquanzprüfung erfüllt ist, womit zwischen dem Unfallereignis vom 2. Februar 2015 und den persistierenden Beschwerden kein adäquater Kausalzusammenhang vorliegt. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind keine fallrelevanten Erkenntnisse mehr zu erwarten. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leis-

tungen per 31. März 2016 eingestellt und den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitergehende Leistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) verneint hat.

5.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2016 (AB 159) rechtmässig. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Suva
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.