



**Fall-Nr.:** UV 2012/2  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.08.2019  
**Entscheiddatum:** 09.07.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.07.2012**

**Art. 6 und Art. 19 Abs. 1 UVG: Natürlicher Kausalzusammenhang von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion. Keine verfrühte Adäquanzprüfung durch den Unfallversicherer (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juli 2012, UV 2012/2).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; a.o. Gerichtsschreiberin Karin Kast

#### **Entscheid vom 9. Juli 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Generaldirektion Schweiz, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

#### **Sachverhalt:**



A.

A.a Die 1967 geborene A.\_\_\_\_ war seit dem 1. März 1996 als Assistant Vice President bei der B.\_\_\_\_ tätig und gegen die Folgen von Unfällen bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) versichert, als sie am 27. März 2010 beim Skifahren kopfüber nach vorne stürzte und einen starken Schlag im Bereich Kopf/Nacken verspürte (Z-act. 1 und 15/1). Sie begab sich daraufhin am 28. März 2010 (ZM-act. 1) notfallmässig in ärztliche Behandlung zu Dr. med. C.\_\_\_\_. Diese erhob Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel und diagnostizierte (vorläufig) ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation (auch HWS-Schleudertrauma). Anschliessend war die Versicherte bei ihrem Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, in Behandlung; das letzte Mal am 7. April 2010 (Z-act. 7). Da sie mit Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich der Behandlung ihrer Mutter schlechte Erfahrungen gemacht hatte, wechselte sie zu Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurochirurgie (Z-act. 15/3). Bei ihm war sie erstmals am 12. April 2010 (ZM-act. 4 und 5/1) wegen des Beschleunigungstraumas in Behandlung. Am 16. April 2010 (ZM-act. 2) führte PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Hirslanden Klinik im Park, bei der Versicherten eine Computertomographie der HWS durch. Anlässlich der Kontrolle vom 4. Mai 2010 (ZM-act. 3) bei Dr. E.\_\_\_\_ konnte dieser eine langsame Besserung des Zustands mit Abnahme der Schwindelsensationen und der Nausea feststellen. Er führte in seinem Bericht aus, es seien immer noch in etwa stationär verbleibende Konzentrationsstörungen vorhanden, unter medikamentöser Therapie wie Mydocalm, Valium und NSAR könne derzeit der Schmerzzustand gut kuptiert werden. Am 31. Mai 2010 (ZM-act. 10) wurde die Versicherte von Dr. med. G.\_\_\_\_, Augenärztin FMH, untersucht, welche feststellte, die Patientin zeige bis auf die Refraktionsanomalie einen altersentsprechenden Augenstatus. Im Arztbericht vom 2. August 2010 (ZM-act. 7) hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, anlässlich der Konsultation vom 9. Juli 2010 habe die Versicherte über den Wiederauftritt von stärkeren Schmerzen okzipitonal wie auch Schwindelsensationen nach der Belastungswiederaufnahme berichtet. Daraufhin empfahl er der Versicherten, die Lockerungsmassnahmen bei einer medizinischen Masseurin ausführen zu lassen. Die Versicherte teilte der Zürich daraufhin am 9. Juli 2010 (Z-act. 17) telefonisch mit, sie sei schon vier oder fünf Mal beim Chiropraktiker Dr. med. H.\_\_\_\_, gewesen. Die Behandlung habe ihr überhaupt nicht geholfen, im Gegenteil, es gehe ihr fast noch schlechter. Ihr sei furchtbar übel, sie wolle nicht mehr



zu diesem Arzt gehen. Die Zürich sprach der Versicherten daraufhin die Kostenübernahme für max. 1 Serie medizinischer Massage bei I.\_\_\_\_, zu (Z-act. 17 und 21). Bezüglich der Verlaufskontrolle vom 13. Dezember 2010 (ZM-act. 11) stellte Dr. E.\_\_\_\_ einen erfreulichen Verlauf fest. Im Verlaufsbericht vom 29. April 2011 (ZM-act. 12/1 und 12/2) sprach Dr. E.\_\_\_\_ von rein lokal beklagten thorakolumbalen tendomyoperiostotischen Schmerzbeschwerden und stellte fest, die früher beklagten cervikalen Beschwerden, mit begleitender cervikaler Steifheit, seien deutlich regredient. Bei der Kontrolle vom 13. Mai 2011 (ZM-act. 13/1 und 13/2) stellte Dr. E.\_\_\_\_ noch Cervicalgien mit Ausstrahlung zur interscapulären und oberen thorakalen Region fest, schloss die ärztliche Behandlung ab und schlug vor, dass die Zürich noch zwei Behandlungsserien von physikalischen Therapien übernehmen sollte. Er wies die Versicherte zudem auf das Rückfallmelderecht hin. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit präsentierte sich bei der Versicherten wie folgt: 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 27. März 2010 bis und mit 13. Juni 2010; 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. August 2010 und 25%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. August bis 3. Oktober 2010 (Z-act. 15/4 und 23, ZM-act. 6, 8 und 9). Seit dem 4. Oktober 2010 war die Versicherte wieder voll arbeitsfähig (Z-act. 29).

A.b Mit Schreiben vom 8. Juni 2011 (Z-act. 49) teilte die Zürich der Versicherten mit, dass sie ab dem 13. Mai 2011 lediglich noch die Kosten für zwei Serien Physiotherapie übernehmen werde und weitere Behandlungen / Untersuchungen als nicht mehr kausal ansehe. Die Versicherte teilte der Zürich mit Schreiben vom 14. Juni 2011 (Z-act. 51) mit, dass sie mit diesem Entscheid nicht einverstanden sei. Mit Schreiben vom 19. Juli 2011 (Z-act. 53) verlangte sie eine beschwerdefähige Verfügung.

A.c Mit Verfügung vom 23. August 2011 (Z-act. 55/1 – 55/3) stellte die Zürich die Leistungen für Heilbehandlungen und Taggelder per 13. Mai 2011 ein und stellte in Aussicht, die Kosten für zwei Sessionen Physiotherapie noch zu übernehmen.

B.

Die von der Versicherten eingereichte Einsprache vom 16. September 2011 (Z-act. 59/1 und 59/2) wies die Zürich mit Einspracheentscheid vom 14. November 2011 (act. G 3.1) ab.



C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtete sich die von der Beschwerdeführerin eingereichte "Beschwerde" vom 21. Dezember 2011 (act. G 1) und das ergänzende Schreiben vom 12. Januar 2012 (act. G 3), mit dem sie sinngemäss die Einstellung der Heilbehandlungskosten per 13. Mai 2011 beanstandete.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2012 (act. G 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

C.c In der Replik vom 16. Februar 2012 (act. G 7) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Standpunkt fest. In der Duplik vom 6. März 2012 (act. G 9) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen unverändert fest.

### **Erwägungen:**

1.

Indem die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. E.\_\_\_\_ habe den Fall bei der Zürich ohne ihr Einverständnis geschlossen, macht sie sinngemäss geltend, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den von ihr geklagten, weiterhin behandlungsbedürftigen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. März 2010 sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin gegeben und die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt, weshalb die Einstellung der Heilbehandlungskosten per 13. Mai 2011 zu Unrecht erfolgte.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG;SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen



Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich ist, 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder 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 Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der soziale Unfallversicherer hat nach Lehre und Rechtsprechung für Schäden nur dann einzustehen, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 181 E. 3.3). Es ist die Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 14. März 2011, UV 2010/64, E. 1.1 mit Hinweis).

2.2 Die Heilbehandlung ist in Art. 10 UVG geregelt und zählt wie das in Art. 16 f. UVG geregelte Taggeld zu den vorübergehenden Leistungen (BGE 133 V 63 f. E. 6.6 mit Hinweisen). Es kann dem ersten Kapitel des UVG nicht entnommen werden, bis zu



welchem Zeitpunkt diese beiden Leistungen durch den Unfallversicherer zu erbringen sind. Der massgebende Zeitpunkt ergibt sich indessen aus Art. 19 UVG, der in Abs. 1 erstem Satz zunächst festhält, dass der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Gemäss Satz 2 von Abs. 1 fallen mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss hat der Versicherer die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 113 f. E. 4.1 mit Hinweisen). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer setzt demnach lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Nicht vorausgesetzt ist hingegen, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2009, 8C\_432/2009, E. 3.2 mit Hinweisen). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings auch Art. 21 Abs. 1 UVG, der bestimmt, dass nach der Festsetzung der Rente die Heilbehandlung – wie auch die übrigen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen – dem Rentenbezüger nur unter den folgenden besonderen Voraussetzungen zu gewähren sind: Bei Vorliegen einer Berufskrankheit (lit. a); bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Verbesserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b); zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustands im Fall der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr zu erwarten und sind auch die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt, hat der Unfallversicherer nicht mehr für die Heilbehandlung aufzukommen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

Der Gesetzgeber hat es unterlassen, zu umschreiben, was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person zu verstehen ist.



Rechtsprechungsgemäss bestimmt sich diese mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbeeinträchtigt. Der Begriff "namhaft" verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, unbedeutende Verbesserungen also nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3).

3.

3.1 Wie soeben ausgeführt, ist es die Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen. Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ – dem Hausarzt der Beschwerdeführerin – ist ein solcher ab dem 13. Mai 2011 für die von der Beschwerdeführerin noch beklagten Beschwerden zu verneinen (ZM-act. 13). Die Beschwerdeführerin legt nicht dar und es geht auch aus den Akten nicht hervor, inwieweit diese Beurteilung nicht schlüssig und nachvollziehbar sein bzw. dem Arztbericht kein Beweiswert zukommen sollte. Überdies ist die Beschwerdeführerin bereits seit dem 4. Oktober 2010 wieder voll arbeitsfähig. Auch ist es eine medizinische Erfahrungstatsache, dass harmlose Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen, wie beispielsweise Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden. Nichts anderes ergibt sich diesbezüglich aus den Akten, bestätigt dies doch auch Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Mai 2011. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 27. März 2010 und den von der Beschwerdeführerin am 13. Mai 2011 noch beklagten Beschwerden ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Der – von der Beschwerdegegnerin ebenfalls verneinte – adäquate Kausalzusammenhang und damit die Frage, ob die Adäquanzprüfung zeitlich korrekt erfolgte, brauchen somit nicht geprüft zu werden (BGE 119 V 347 E. 4c).

3.2 Angefügt sei, dass selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang bejaht würde, die Adäquanzprüfung aus nachfolgenden Gründen nicht verfrüht erfolgt wäre.

3.2.1 Laut Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erhob Dr. C.\_\_\_\_, als Notfallärztin, am 28. März 2010 (ZM-



act. 1) bei der Beschwerdeführerin die Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas bzw. einer HWS-Distorsion QTF II (ZM-act. 1). Ihr Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ stellte bei der Untersuchung vom 12. April 2010 (ZM-act. 5/1 und 5/2) eine eindeutige Gleichgewichtsstörung im Blindstrichgang und im Stand mit geschlossenen Augen und massive Einschränkungen der HWS Beweglichkeit in alle Richtungen fest, jedoch keine neurologischen Ausfälle wie Paresen oder sensible Störungen und auch keine Reflexausfälle und bestätigte ihr eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zum 13. Juni 2010 (ZM-act. 3, 5/2). Die Beschwerdeführerin ging gemäss telefonischer Aussage vom 20. April 2010 (Z-act. 9) alle 14 Tage zu Dr. E.\_\_\_\_ und nahm Medikamente zur Lockerung der Muskulatur. Aufgrund der Computertomographie und dem Röntgen der HWS vom 16. April 2010 (ZM-act. 2) stellte Dr. F.\_\_\_\_ im Liegen sowie in der Neutralstellung eine Fehllhaltung i.S. einer Steilstellung bzw. einer flachen Kyphosierung (im Liegen) der HWS fest. Eine dynamische Gefügestörung und ossäre Verletzung bei Zustand nach Beschleunigungstrauma waren nicht erkennbar. Anlässlich eines Kontrolluntersuchs vom 4. Mai 2010 (ZM-act. 3) bei Dr. E.\_\_\_\_ wurden von der Beschwerdeführerin zwar okzipitale Kopfschmerzen beklagt, doch zeigte sich eine langsame stetige Besserung des Zustandes mit Abnahme der Schwindelsensationen und der Nausea. Dr. E.\_\_\_\_ schrieb die Beschwerdeführerin sodann ab dem 14. Juni 2010 nur noch zu 50 % arbeitsunfähig. Im Juni begann die Versicherte zudem mit der Therapie beim Chiropraktor (Z-act. 15/3). Am 9. Juli 2010 (ZM-act. 7) erfolgte erneut eine Verlaufskontrolle bei Dr. E.\_\_\_\_. Dieser verordnete der Beschwerdeführerin aufgrund des berichteten Wiederauftritts von stärkeren Schmerzen okziptonuchal wie auch von Schwindelsensationen nach der Belastungswiederaufnahme medizinische Massagen anstelle der bisherigen Therapie. Er bescheinigte ihr weiterhin eine 50%-ige und ab dem 16. August 2010 eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit (Z-act. 15/4 und 23, ZM-act. 6, 8 und 9). Seit dem 4. Oktober 2010 war die Versicherte wieder voll arbeitsfähig (Z-act. 29). Bezüglich des Kontrolluntersuchs vom 13. Dezember 2010 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2010 (ZM-act. 11) über einen erfreulichen Verlauf und die Abnahme der cervikalen Beschwerden. Er führte allerdings auch aus, dass nun thorakolumbale Schmerzbeschwerden vorhanden seien und verordnete der Beschwerdeführerin eine physikalische Therapie zur Stärkung der cervikalen und thorakalen sowie lumbalen Muskulatur. In seinem Bericht vom 29. April 2011 (ZM-act. 12/1 und 12/2) führte er aus, die Beschwerdeführerin beklage rein lokal



thorakolumbale tendomyoperiostotische Schmerzbeschwerden. Die früher beklagten cervikalen Beschwerden mit begleitender Steifheit seien deutlich regredient. Es würden Lockerungsmassnahmen für die cervikale und obere thorakale Muskulatur ausgeführt. Dazu würden im physikalischen-therapeutischen Programm Stärkungsmassnahmen für die cervikale und thorakale Region verordnet. Es bestehe ein beträchtlicher Erfolg der Behandlungen. Es sei anzunehmen, dass eine vorbestehende muskuläre Dysbalance vorhanden gewesen sei. Schätzungsweise dürfte diese aber höchstens 20 % betragen. Die restlichen 80 % der Beschwerden seien immer noch vom Unfall her zu beurteilen. Ab dem 22. Juni 2011 seien sämtliche weiteren Beschwerden als krankhaft zu betrachten. Ab diesem Datum seien keine Unfallfolgen mehr zu konstatieren. Betreffend die reguläre Kontrolle vom 13. Mai 2011 (ZM-act. 13) berichtete Dr. E.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei unter physikalisch-therapeutischen Massnahmen vom Verlauf recht zufrieden. Es würden lediglich noch Cervicalgien mit Ausstrahlung zur interscapulären und oberen thorakalen Region bestehen. Der Fall könne abgeschlossen werden.

3.2.2 Die Adäquanzbeurteilung kann – wie in E. 2.2 f. ausgeführt – ab jenem Zeitpunkt erfolgen, in dem keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn keine Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten ist. Gemäss den vorangehenden Ausführungen war die Beschwerdeführerin lediglich unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 27. März 2010 in ärztlicher Behandlung. Anschliessend erfolgten einzig noch Kontrolluntersuche sowie verschiedene Therapien. Ab dem 4. Oktober 2010 war die Beschwerdeführerin denn auch bereits wieder zu 100 % arbeitsfähig und ist es seither auch geblieben. Eine weitere Steigerung bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und damit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands kann demnach nicht mehr erreicht werden. Dies muss auch aus dem Umstand geschlossen werden, dass Dr. E.\_\_\_\_ den Fall am 13. Mai 2011 abgeschlossen hat. Es ist somit nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht dargelegt, inwieweit noch von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands auszugehen wäre. Sie bringt lediglich vor, die vom Nacken in den Rücken und den linken Arm ausstrahlenden Beschwerden würden bei Aussetzen der Therapie konstant bleiben. Sie macht jedoch nicht geltend, deswegen nicht voll



arbeitsfähig zu sein. Die Beschwerdegegnerin hat die Adäquanzprüfung demnach nicht verfrüht durchgeführt.

4.

Die Beschwerde ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen abzuweisen.

Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.