



**Fall-Nr.:** UV 2008/21  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 02.06.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 02.06.2009**

**Art. 6 UVG: Kausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juni 2009, UV 2008/21).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 2. Juni 2009

in Sachen

G.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Hermann Rüegg, Bahnhofstrasse 11, Postfach 670,  
8630 Rüti ZH,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1965 geborene G.\_\_\_\_ war bei der A.\_\_\_\_ als Schichtleiterin tätig und dadurch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als ihr Ehemann als Lenker und sie als Beifahrerin am 30. November 2005 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurden. Ein vortrittsbelastetes Fahrzeug fuhr von einer Nebenstrasse rechts seitlich in den auf der Hauptstrasse fahrenden Personenwagen der Versicherten und deren Ehemanns (Polizeirapport vom 24. Dezember 2005, act. G 5.4). Die Versicherte wurde mit der Ambulanz ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gebracht. Laut Berichten des KSSG vom 30. November sowie 2. Dezember 2005 gab die Versicherte einen Schmerzzustand am Kopf sowie linksseitige Nackenschmerzen, insbesondere beim Kopfwenden nach links, an. Prellmarken seien jedoch keine feststellbar gewesen. Es habe keine Amnesie und keine Bewusstlosigkeit vorgelegen. Die Versicherte habe jedoch über Übelkeit ohne Erbrechen geklagt. Im Bereich des Thorax habe es keine Anhaltspunkte für eine Pneumologie gegeben. Ein Erguss oder Frakturzeichen hätten nicht vorgelegen. Überhaupt weise nichts auf ein Thoraxtrauma hin. Als Diagnosen wurden schliesslich eine Contusio capitis bzw. Schädelprellung und eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) gestellt (act. G 5.2/ZM1, G 5.2/ZM8). Der nachbehandelnde Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, attestierte der Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 30. November bis 4. Dezember 2005 (act. G 5.2/ZM2). Danach arbeitete sie wieder zu 100%. Die Zürich erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

A.b Mit Schreiben vom 10. Juli 2006 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der Zürich mit, dass die Versicherte auf Grund des Unfalls das letzte Mal am 12. Januar 2006 in seiner Sprechstunde gewesen sei (act. G 5.2/ZM5). Am 30. November 2006 berichtete er, die Situation habe sich bald nach dem Unfall wieder beruhigt. Zu Beginn des Jahres 2006 seien hingegen wieder vermehrt Probleme - zunehmende Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen mit Muskelverspannungen - zum Vorschein gekommen. Seither sei



## St.Galler Gerichte

die Versicherte wieder mehr oder weniger regelmässig in seiner Sprechstunde sowie in augenärztlicher Kontrolle gewesen. Vom 31. Juli bis 8. August 2006 habe eine weitere 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. G 5.2/ZM 6). Das unfallanalytische Gutachten vom 17. Juli 2007 kam zum Schluss, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Autos der Versicherten zwischen 2 und 8 km/h mit einem Queranteil von ca. 65% läge. Infolge des Aufpralls dürften sich die Personen im Fahrzeug leicht nach rechts und gleichzeitig etwas nach vorne bewegt haben. Ein Kopfanprall sei in dieser Situation aus unfallanalytischer Sicht eher unwahrscheinlich. Ein leichter Kopfanprall könne jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden (act. G 5.1/Z32).

A.c Am 17. August 2007 unterbreitete die Zürich den Schadenfall ihrer beratenden Ärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie, spez. Schmerztherapie und Manuelle Medizin des Rheumazentrums Hirslanden, Zürich (act. G 5.2/ZM16). Gestützt auf deren Beurteilung eröffnete die Zürich der Versicherten mit Verfügung vom 26. September 2007, dass die aktuellen Beschwerden nicht mehr in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 30. November 2005 stünden. Zudem sei auch der adäquate Kausalzusammenhang ohne weiteres zu verneinen, weil lediglich ein leichter Unfall vorliege. Die Leistungen würden deshalb ab dem 1. Juli 2006 eingestellt (act. G 5.1/Z38).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Graf, St. Gallen, mit Eingabe vom 10. Oktober 2007 Einsprache mit dem Antrag, die Verfügung sei aufzuheben und der Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen ab 1. Juli 2006 bis auf Weiteres auszurichten (act. G 5.1/Z44). Am 14. November 2007 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten die Einsprachebegründung, insbesondere unter Beilage eines audio-neurootologischen Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 12. November 2007, nach (act. G 5.1/Z52, act. G 5.2/ZM17).

B.b Mit Entscheid vom 25. Januar 2008 wies die Zürich die Einsprache der Versicherten ab (act. G 5.1/Z54).



C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Graf mit Eingabe vom 27. Februar 2008 Beschwerde erheben. Der Rechtsvertreter stellte den Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auch ab 1. Juli 2006 auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge für das vorliegende Beschwerdeverfahren und für das Einspracheverfahren. Zur Begründung führte er aus, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 30. November 2005 anerkannt, ihre Leistungen jedoch mit Verfügung vom 26. September 2007 plötzlich rückwirkend eingestellt habe. Dies sei widerrechtlich. In formeller Hinsicht sei zu beachten, dass es sich bei der Behauptung der entfallenen Kausalität um eine anspruchsaufhebende Tatsache handle, für welche der Versicherer die Beweislast trage. Die Beschwerdeführerin habe kein klassisches Schleudertrauma, sondern eine HWS-Distorsion mit Kopfanprall erlitten. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nach wie vor bestehenden typischen Beschwerden nach einer HWS-Distorsion sei zu bejahen. Ein behandlungsfreies Intervall habe nicht stattgefunden, Dr. B.\_\_\_\_ habe fälschlicherweise weitere Konsultationen über die Krankenkasse abgerechnet. Die gegnerische Einschätzung einer fehlenden überwiegenden Unfallkausalität mit dem Hinweis auf Erkrankungen Ende 2002 und im April 2003 sei durch

Dr. D.\_\_\_\_ widerlegt worden. Was die thorakalen Beschwerden betreffe, sei der Verweis der Beschwerdegegnerin auf den Vorzustand der LWS nicht nachvollziehbar. Auf die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, weil diese die Beschwerdeführerin nicht untersucht habe. Sodann sei ihre Begründung nicht schlüssig und nachvollziehbar. Als beratende Ärztin sei sie auch nicht unabhängig. Der adäquate Kausalzusammenhang der geltend gemachten Beschwerden zum Unfallereignis sei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu bejahen.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2008 beantragte die anwaltlich vertretene Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei; eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung führte sie aus, dass sie ihre Leistungspflicht nicht anerkannt habe, sondern stets darauf hingewiesen habe, dass weitere Abklärungen nötig seien. Sodann



## St.Galler Gerichte

habe sie nach dem 12. Januar 2006 keine Leistungen mehr erbracht. Die Beweislast hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis trage deshalb die Beschwerdeführerin. Dieser Beweis sei misslungen, weil mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehe, dass der Unfall vom 30. November 2005 nicht Ursache der geltend gemachten Beschwerden sei. Dr. C.\_\_\_\_ sei eine unabhängige, nicht versicherungsinterne Fachärztin, auf deren Beurteilung im Gegensatz zu derjenigen von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Dieser begründe seine Einschätzung hauptsächlich mit der Maxime "post hoc ergo propter hoc", welche bekanntlich nicht massgebend sei. Der adäquate Kausalzusammenhang sei schliesslich bei Anwendung der präzisierten Kriterien von BGE 134 V 109 zu verneinen.

C.c Mit Replik und Duplik vom 28. April bzw. 19. Mai 2008 hielten die Parteien unverändert an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 30. November 2005 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 26. September 2007 stellte sie ihre Leistungen per 30. Juni 2006 ein. Die Beschwerdegegnerin hat ab 13. Januar 2006 bis zum Erlass der Verfügung bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids keine Versicherungsleistungen mehr erbracht. Die Leistungseinstellung ab 1. Juli 2006 hat folglich keinen rückwirkenden Charakter und ist ohne weiteres zulässig. Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin für die nun nach dem 30. Juni 2006 geltend gemachten gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin aufzukommen hat.

2.



2.1 Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133, 117 V 359 und BGE 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen. Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten



Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004 [U 243/03] i/S O.G.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen). Auch Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte bzw. von Ärzten, die vom Unfallversicherer während des Administrativverfahrens förmlich bestellt wurden, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie



vorliegend die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. August 2007 (act. G 5.2/ZM16), nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95, 1988 Nr. U 56 S. 371). Ob sie auch in Bezug auf die medizinischen Aussagen genügen bzw. zu überzeugen vermögen, bleibt im Einzelfall zu prüfen.

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. - Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall Leistungen ausgerichtet und per 30. Juni 2006 eine Leistungseinstellung verfügt. Sie hat damit das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsschadens nachzuweisen. Für diese anspruchsaufhebende Tatfrage trägt sie die entsprechende Beweislast (vgl. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl., Zürich 2003, S. 72). Die Beschwerdegegnerin muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 [U 258/02] i/S Z. und vom 25. Oktober 2002 [U 143/02] i/S L.).

3.



Den medizinischen Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die von der Beschwerdeführerin über den 30. Juni 2006 hinaus geklagten Beschwerden mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar wären. Die HWS der Beschwerdeführerin wurde im KSSG orthopädisch untersucht, wobei sich offensichtlich keine Hinweise auf eine strukturelle Verletzung ergaben. Klinisch erhobene Druckdolenzen, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS stellen praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005 [U 9/05] i/ S M., E. 4 und vom 23. November 2004 [U 109/04] i/S B., E. 2.2). Von neurochirurgischer Seite bestand sodann kein Hinweis auf eine Schädelverletzung, weshalb auf eine CT-Untersuchung verzichtet wurde (act. G 5.2/ZM1). Laut Physiotherapiebericht vom 10. Januar 2007 leidet die Beschwerdeführerin unter Schmerzen im Brustkorb von Th8 - 12 mit Ausstrahlung über die Rippen bis zum Zwerchfell (act. G 5.2/ZM9). Gemäss Angaben im Fragebogen für die Abklärung von HWS-Fällen erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 30. November 2005 eine Rippenprellung (act. G 5.1/Z7). Die Untersuchung des Thorax im KSSG zeigte indessen von chirurgischer Seite keine Hinweise auf ein Thoraxtrauma, insbesondere keine Hinweise auf Frakturen (act. G 5.2/ZM1, act. G 5.2/ZM8). Im echtzeitlichen Zeugnis von Dr. B. \_\_\_ vom 5. Januar 2006 ist ebenfalls keine Thoraxverletzung vermerkt. Entsprechend wurde eine unfallkausale strukturelle Thoraxverletzung auch in den weiteren medizinischen Akten nicht in Betracht gezogen. Für das vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Beschwerde erwogene Nervenkompressionssyndrom im Bereich der oberen BWS gibt es sodann keinerlei konkrete Anhaltspunkte. Selbst wenn im vorliegenden Fall von einem leichten Kontusionstrauma des Thorax ausgegangen würde, wäre auf die medizinische Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach solche Verletzungen mit der Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden.

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein



Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

4.2 Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne dass sein Kopf anprallt - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion gesprochen werden (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.). - In den echtzeitlichen medizinischen Akten wurde die Diagnose einer HWS-Distorsion gestellt (act. G 5.2/ZM1, ZM2, ZM7). Ein eigentliches Schleudertrauma fällt angesichts der obigen Darlegungen bezogen auf das streitige Ereignis bzw. den fraglichen Unfallmechanismus ausser Betracht. Diagnostiziert wurde ausserdem eine Schädelprellung bzw. eine Contusio capitis. Die Feststellung im Bericht des KSSG vom 2. Dezember 2005 sowie von Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. November 2006, die Beschwerdeführerin habe sich im Bereich des Schädels verletzt (act. G 5.2/ZM1, ZM6), basiert offensichtlich einzig auf der Unfallschilderung der Beschwerdeführerin. Die neurochirurgische Untersuchung im KSSG ergab indessen keine Hinweise auf eine Comotio cerebri oder eine sonstige Schädelverletzung. Laut Bericht des KSSG vom 30. November 2005 beklagte die Beschwerdeführerin isoliert Schmerzen am Kopf, Prellmarken waren jedoch nicht feststellbar (act. G 5.2/ZM1). Dr. B.\_\_\_\_ gab sodann lediglich in seinem Arztbericht vom 5. Januar 2006 gegenüber dem Haftpflichtversicherer - nicht aber im gleichentags erstellten Bericht gegenüber dem Unfallversicherer - an, dass sich die Beschwerdeführerin zusätzlich eine Schnittwunde an der Stirn zugezogen habe (act. G 5.2/ZM2, G 5.1/Z52). Im KSSG wurde ebenfalls kein solcher Befund erhoben (act. G 5.2/ZM1, ZM8). Bei der Beschwerdeführerin lagen



zudem nach dem Unfall weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie vor (act. G 5.2/ZM1, ZM6, ZM8). - Es ist einzuräumen, dass sich ein Kopfanprall mit dem Unfallgeschehen grundsätzlich vereinbaren liesse (G 5.1/Z32). Ob die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion mit oder ohne Kopfanprall und zusätzlich eine Schädelprellung bzw. ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden. Es darf jedenfalls angenommen werden, dass sie eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht als strukturelle Verletzung zeigte. Abzuklären bleibt, ob bzw. inwieweit die geklagten Beschwerden auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde als (weiterhin) unfallkausal zu bezeichnen sind.

5.

5.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

5.2 Bei der Beschwerdeführerin sind laut echtzeitlichen Akten innerhalb der erforderlichen Latenzzeit Beschwerden in der Halsregion bzw. an der HWS aufgetreten. Zusätzlich wurden von ihr die typischerweise ebenfalls meist eher sofort nach Beschleunigungsverletzungen auftretenden Kopfschmerzen, Übelkeitsgefühle sowie



Augenprobleme beklagt (act. G 5.2/ZM1, act. G 5.1/Z7; vgl. dazu Liste in H. Schmidt/J. Senn Hrsg., Schleudertrauma- neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.). Die weiteren Beschwerden wie Rückenschmerzen mit Muskelverspannung, Schmerzen im Brustkorb mit Ausstrahlung über Rippen bis Zwerchfell, Gefühlsstörungen in der rechten Hand begleitet von einer Morgensteifigkeit der Finger beider Hände, Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, reduzierte Belastbarkeit sowie Rachenbeschwerden mit Schluckweh sind in den Akten erst nach einer längeren Latenzzeit erwähnt (act. G 5.2/ZM6, ZM9, ZM15, ZM17). Insbesondere die Schwindelbeschwerden können zwar als Folgeerscheinungen der Kopf- und Nackenschmerzen gewertet werden. Grundsätzlich sind jedoch die neuartig aufgetretenen Symptome aufgrund ihres späten Auftretens nicht als natürlich-kausale Unfallfolgen zu betrachten. Bei den BWS- bzw. Thoraxbeschwerden kommt hinzu, dass es sich hierbei nicht um ein nach einer Beschleunigungsverletzung typischerweise auftretendes Symptom handelt (vgl. dazu Liste in H. Schmidt/J. Senn, a.a.O., S. 14 f.). Nachdem jedoch bei der Beschwerdeführerin innerhalb der erforderlichen Latenzzeit vier der für einen Beschleunigungsmechanismus der HWS typischen Symptome aufgetreten sind, kann von einem typischen bunten Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden gesprochen werden, das als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zunächst einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin bis 30. Juni 2006 anerkannt.

6.

6.1 In Bezug auf den vorliegenden Fall - Verneinung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ab 1. Juli 2006 - stellt sich nun die Frage, ob anhand der vorliegenden medizinischen Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale gesundheitliche Beeinträchtigung per Einstellungsdatum zu verneinen ist bzw. die geklagten Beschwerden keiner fassbaren unfallkausalen gesundheitlichen Beeinträchtigung mehr zugeschrieben werden können (vgl. dazu BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Die Beschwerdegegnerin liess die Frage der natürlichen Kausalität durch ihre beratende Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ beurteilen. Diese erachtete die ab August 2006 wieder aufgetretenen Beschwerden als nicht überwiegend wahrscheinlich mit dem Unfallereignis in Zusammenhang stehend. Kurze Zeit nach



dem Unfall habe sich bei der Beschwerdeführerin eine rasche Besserung eingestellt, sodass sie bei der Konsultation vom 12. Januar 2006 bei Dr. B.\_\_\_\_ nur noch gelegentlich pulsierende Kopfschmerzen angegeben habe. Zwischen Januar und August 2006 seien keine Behandlungen dokumentiert, so dass von einem weitgehend beschwerdefreien Intervall und somit von einem Abheilen der unfallbedingten Beschwerden ausgegangen werden könne. Im August 2006, d.h. bei Wiederaufnahme der Behandlung, habe der Schwerpunkt gemäss Physiotherapiebericht vom 10. Januar 2007 im thorakalen Bereich gelegen. Die Nacken- und Schulterschmerzen hätten bis Oktober 2006 weitgehend gelindert werden können. Die Kausalität sei vor allem auch vor dem Hintergrund zu verneinen, dass bereits Ende 2002 und im April 2003 invasive Therapien an der HWS zur Behandlung von Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen durchgeführt worden seien. Die Brustkorbbeschwerden stünden sodann nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis, weil dort initial Nacken- und nicht thorakale Beschwerden beklagt worden seien. Als Ursache kämen diesbezüglich die Befunde an der Wirbelsäule in Frage (act. G 5.2/ZM16). - Dr. C.\_\_\_\_ begründet die fehlende Kausalität also hauptsächlich mit einem beschwerdefreien Intervall von rund einem halben Jahr und den aktenmässig belegten, verschiedenen Vorzuständen. Von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wird das Vorliegen eines beschwerdefreien Intervalls bestritten und ein kausaler Zusammenhang zwischen den Vorzuständen und den nach dem Unfall geklagten Beschwerden verneint.

6.2 Mit Schreiben vom 10. Juli 2006 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Unfalls letztmals am 12. Januar 2006 in seiner Sprechstunde gewesen. Sie habe über gelegentliche pulsierende Kopfschmerzen bei intensiver Augenbelastung gesprochen, weshalb sie anschliessend beim Augenarzt gewesen sei (act. G 5.2/ZM 5). Entgegen dieser Mitteilung hielt Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. November 2006 fest, die Situation habe sich bald nach dem Unfall beruhigt. Zu Beginn des Jahres 2006 seien jedoch wieder vermehrt Probleme zum Vorschein gekommen. Seither sei die Beschwerdeführerin wieder mehr oder weniger regelmässig in seiner Sprechstunde sowie in augenärztlicher Kontrolle gewesen. Sie habe zunehmende Kopf- und Nackenschmerzen mit Muskelverspannung beklagt. Er habe ihr deshalb Manipulativtherapien sowie Physiotherapie und Medikamente verordnet (act. G 5.2/ZM6). Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der



Beschwerdeführerin ist im Folgenden auf das Fallabschlussschreiben von Dr. B.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2006 abzustellen und damit von einem beschwerdefreien Intervall von rund einem halben Jahr auszugehen. Es ist in keiner Weise erkennbar, weshalb die Angaben im vorgenannten Schreiben nicht der wirklichen Anamnese entsprechen sollten. Laut Unfallschein UVG, ärztlichem Zeugnis sowie Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. Januar bzw. 30. November 2006 war die Beschwerdeführerin bereits fünf Tage nach dem Unfall, d.h. ab 5. Dezember 2005, wieder zu 100% arbeitsfähig (act. G 5.2/ZM2, ZM3, ZM6). Eine weitere Arbeitsunfähigkeit - vom 31. Juli bis 8. August 2008 - ist in den Akten erst wieder im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 30. November 2006 vermerkt (act. G 5.2/ZM6). Die von ihm im Bericht vom 30. November 2006 angeführten Arbeitsunfähigkeiten stimmen demnach mit den Angaben im Schreiben vom 10. Juli 2006 überein.

Massgebend ist schliesslich, dass selbst die Beschwerdeführerin den Herbst 2006 als Zeitpunkt bezeichnete, als es ihr wieder schlechter gegangen sei (act. G 5.1/Z14). Dass die Beschwerdeführerin Dr. B.\_\_\_\_ laut dessen Bestätigung vom 18. Februar 2008 auch am 16. und 28. März sowie am 20. Juni 2006 konsultierte, vermag zutreffen. Diese Daten - eine Konsultation vom 23. Februar 2006 ausgenommen (vgl. act. 9 zur Replik) - gehen auch aus den beiden Aufstellungen des Krankenversicherers der Beschwerdeführerin hervor (act. G 5.1/Z19, act. 2 zur Beschwerde). Dr. B.\_\_\_\_ hat jedoch diese Behandlungen offensichtlich nicht über die Beschwerdegegnerin, sondern über den Krankenversicherer abgerechnet. Daraus ist der überwiegend wahrscheinliche Schluss zu ziehen, dass die Behandlungen nach dem 12. Januar 2006 nicht die Unfallfolgen betrafen und damit - in Übereinstimmung mit Dr. C.\_\_\_\_ - insgesamt von einem rund halbjährigen behandlungs- und beschwerdefreien Intervall auszugehen ist.

### 6.3

6.3.1 Gemäss Abklärungen der Beschwerdegegnerin weist die Anamnese der Beschwerdeführerin auf mehrere Vorzustände hin. Seit 1992 sind eine verkalkte Diskushernie L5/S1, eine mässige Osteochondrose L5/S1 und eine geringe Rechtsskoliose im thoraco-lumbalen Übergang bekannt. Im Jahr 2000 litt die Beschwerdeführerin an stärkeren Schwindelepisoden, Druck im Kopf und im Augenbereich, weswegen sie Dr. D.\_\_\_\_ aufsuchte. Die Beschwerden konnten mit Medikamenten und einem visuo-vestibulären Habituationstraining deutlich verbessert



werden. Im September 2001 traten wieder Schwindelbeschwerden in Form einer visuo-vestibulären Funktionsstörung und psycho-vegetativer Dysfunktion auf, so dass Dr. D.\_\_\_\_ erneut eine medikamentöse Therapie durchführte. Im November 2002 wurde die Beschwerdeführerin auf Grund andauernder Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie Schwindel mit stereotaktischer Denervierung der Facettengelenke mittels gepulster Radiofrequenz-Neurotomie therapiert. Am 8. Januar 2003 wurde sie notfallmässig wegen Hyperventilation im Rahmen einer chronischen Angststörung (Platzangst) behandelt (act. G 5.3/V2). Im April 2003 erfolgte eine stereotaktische Blockade der Rami dorsalis und medialis der Spinalnerven C3/4, nachdem wieder Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten waren, sowie eine Bestätigungsblockade. Der behandelnde Arzt, Dr. rer. nat. E.\_\_\_\_, Klinik St. Georg, Goldach, hielt dazu fest, die Schmerzprobleme würden durch die Überlagerung mit Klaustrophobie, anderen Angstzuständen und Depression erschwert. Ebenfalls im Januar 2003 sowie nachfolgend auch im Juli 2003 und Juli 2004 konsultierte die Beschwerdeführerin abermals Dr. D.\_\_\_\_ wegen Lagerungsschwindel bzw. Drehschwindelepisoden mit nuchaler Verspannung und Druck im Kopf. Die Behandlung des Lagerungsschwindels ab Juli 2003 dauerte bis November 2003 (act. G 5.3, G 5.2/ZM17). Aus der Aufstellung der vom Krankenversicherer der Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2002 bis März 2007 bezahlten Behandlungen ist sodann ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit Januar 2002 bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in psychiatrischer Behandlung stand (act. G 5.1/Z19).

6.3.2 Laut Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. November 2007 weisen die beiden vor dem Unfall beschriebenen Schwindelarten keine Brückensymptome zum Unfall vom 30. November 2005 auf. Die Beschwerdeführerin sei damit vom November 2003 bis November 2005, d.h. während zwei Jahren, schwindelfrei gewesen. Die Schwindelbeschwerden nach dem Unfall würden zudem andere Schwindelcharakteristika aufweisen, was neuro-otometrisch habe objektiviert werden können. Zugleich seien diese Schwindelbeschwerden von anderer Begleitsymptomatik wie prätraumatisch begleitet (act. G 5.2/ZM17). Zu den von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellten Befunden ist allgemein festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei dem von ihm durchgeführten Verfahren der Posturographie um eine in Fachkreisen zwar nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit



nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzlich Informationen, und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen. Daraus folgt, dass sich aus der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. D.\_\_\_\_ direkt verwertbare Aussagen zur Unfallkausalität nicht ableiten lassen (vgl. Urteil des EVG vom 29. März 2006 [U 254/04] i/S J., E. 2.3.2). Aufgrund der medizinischen Akten steht ausserdem zweifelsfrei fest, dass die Beschwerdeführerin gerade hinsichtlich Schwindelbeschwerden sowie zervikozephalen Schmerzen einen sich über mehrere Jahre vor dem Unfall - im Übrigen ebenfalls mit beschwerdefreien Intervallen erstreckenden - Vorzustand aufweist. Bereits vor dem Unfall stellten sich die Schwindelbeschwerden verschiedenartig dar. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Vorzustände nicht unabhängig von den posttraumatischen Beschwerden zu betrachten sind.

6.4 Die von Dr. C.\_\_\_\_ angeführten Kriterien - beschwerdefreies Intervall, Vorzustände - bilden für die Beurteilung des Dahinfallens der kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 30. November 2005 per 30. Juni 2006 eine massgebende Grundlage. Nachdem die Kriterien in Bezug auf den vorliegenden Fall erfüllt sind, erscheint eine weitergehende (Teil-)Unfallkausalität gegenüber einer rein krankheitsbedingten Kausalität zwar möglich, jedoch nicht - wie im Sozialversicherungsrecht gefordert - überwiegend wahrscheinlich (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, S. 451 f.). Damit wieder aufgetretene Beeinträchtigungen auch noch nach einer längeren Zeit, während der sich die anfängliche Symptomatik zurückgebildet hat, mit hinreichender Zuverlässigkeit dem Unfall als dem versicherten Ereignis zugerechnet werden können, muss der Beschwerdeverlauf eine gewisse Kontinuität aufweisen. Dieser zeitliche Zusammenhang ist gerade nach Distorsionsverletzungen der HWS von grosser Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität, weil ein Zervikalsyndrom - als das nach einer Schleudertraumaverletzung meist zentrale Symptom - in dem Sinne ätiologisch unspezifisch ist, als oft auch andere Faktoren (degenerative Veränderungen,



eigenständige psychische Beeinträchtigungen, muskuläre Dysbalance etc.) als massgebende Ursachen für diese Beeinträchtigungen in Betracht fallen (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006 [U 12/06] i/S P., E. 4.2). Im Falle der Beschwerdeführerin sind solche Faktoren gerade in Form der mehrfachen Hinweise auf einen psychiatrischen Vorzustand augenfällig. Insbesondere unmittelbar vor dem Unfall konsultierte sie regelmässig ihren Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ (Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2003 [act. G 5.3], act. G 5.1/Z19).

6.5 Wegen der sofort nach dem Unfall aufgetretenen Augenprobleme konsultierte die Beschwerdeführerin am 16. Februar 2006 ihren Augenarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie. Die Visusprüfung ergab eine Abnahme der Sehschärfe für die Nähe von 1.0 auf 0.9. Die Sehschärfe für die Ferne lag vor und nach dem Unfall unkorrigiert bei beidseits 1.25. Dr. G.\_\_\_\_ führte zudem aus, die Augenuntersuchung habe im Weiteren unauffällige zeitgerechte Verhältnisse (unauffälliger Gesichtsfeldbefund, keine Diplopie) ergeben, die sich auch bei der letzten Kontrolluntersuchung am 23. November 2006 bestätigt hätten. Es sei anzunehmen, dass das Schädel-Hirntrauma zu passageren, d.h. vorübergehenden Sehstörungen mit Problemen bei der Arbeit am Computer geführt haben könne. Da jedoch zu oben genannten Befunden in der Kontrolle am 23. November 2006 Beschwerdefreiheit angegeben worden sei, sei nicht von einer dauerhaften Beeinträchtigung auszugehen (act. G 5.1/Z52). Angesichts dieser augenärztlichen Beurteilung sowie des Umstands, dass in den späteren medizinischen Akten Augenprobleme nicht mehr erwähnt sind, ist davon auszugehen, dass auch diese, wie von Dr. G.\_\_\_\_ vorausgesagt, kurze Zeit nach dem Unfall an Bedeutung verloren haben bzw. der allfällige unfallkausale Anteil spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung als abgeheilt betrachtet werden kann.

7.

7.1 Selbst bei Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den über den 30. Juni 2006 hinaus geklagten Beschwerden und dem streitigen Unfall müsste - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Bestehens des kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden. Abklärungen bezüglich der psychischen Komponente der Beschwerdeführerin wurden von der Beschwerdegegnerin keine



vorgenommen. Eine Rückweisung der Sache zwecks Vornahme einer psychiatrischen Untersuchung erübrigt sich indessen. Dasselbe gilt in Bezug auf eine polydisziplinäre Begutachtung. Derartige weiteren Abklärungen wären nämlich lediglich geeignet, den natürlichen Kausalzusammenhang weiter auszuleuchten. Eine abschliessende Beantwortung der in Bezug auf die Adäquanzprüfung massgebenden Frage, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des für schleudertraumaähnliche Verletzungen typischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatischen Beschwerdebilds zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt, kann ebenfalls unterbleiben (vgl. dazu BGE 123 V 98 ff.; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.), nachdem die Adäquanz auch bei Anwendung der Kriterien nach BGE 134 V 109 zu verneinen ist.

7.2 Die Adäquanzprüfung hat nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]; Urteil des EVG vom 11. Februar 2004 [U 246/03] i/S K.; BGE 134 V 112 ff.). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2008 vom 4. November 2008 (E. 5.2.2.2) lediglich, dass von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3).

7.3 Am Unfalltag wurde die Beschwerdeführerin auf der Notfallabteilung des KSSG untersucht und mit Analgetika behandelt (act. G 5.2/ZM1, ZM8). Gemäss Aufstellung des Krankenversicherers über die durchgeführten Behandlungen (act. G 5.1/Z19; act. 2 zur Beschwerde), konsultierte sie sodann am 11. und 12. Januar 2006 ihren Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_. Laut Ausführungen in Erwägung Ziff. 6.2 ist davon auszugehen, dass danach die Unfallbehandlung abgeschlossen war und während rund eines halben Jahres keine



Behandlungen von allfälligen Unfallrestfolgen mehr vorgenommen wurden. In seinem Schreiben vom 10. Juli 2006 hielt Dr. B.\_\_\_\_ sodann fest, dass zurzeit keine weiteren Abklärungen und Behandlungen mehr geplant seien. Ob weitere Behandlungen notwendig seien, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesagt werden (act. 5.2/ZM5). - Angesichts dieser Aktenlage war der Moment für den Fallabschluss grundsätzlich im Januar 2006 erreicht. Faktisch stellte die Beschwerdegegnerin die Leistungen gestützt auf das Schreiben von Dr. B.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2006 per 30. Juni 2006 ein. Dieser Zeitpunkt, in welchem sie die Adäquanzprüfung vorgenommen hat, ist insbesondere auch mit Blick auf die Erwägungen in Ziff. 6.3 ff. nicht zu beanstanden. Im Anschluss an die Leistungseinstellung fanden zwar wegen an sich schleudertraumatypischer Beschwerden ärztliche Kontrolluntersuchungen, Manipulativ- und Physiotherapien (act. G 5.2/ZM9, act. G 5.1/19) statt. Die Beschwerdeführerin wurde ausserdem wieder mit Analgetika behandelt (act. G 5.2/ZM6). Massgebende neue, intensive Therapieformen wurden jedoch nicht näher in Erwägung gezogen. Insgesamt dienten die bei der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapien der Schmerzlinderung sowie der Stabilisierung des Befindens. In Anbetracht des Gesagten wurde spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung in keiner Weise mehr von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgegangen. Die Therapieempfehlung von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. November 2007 (act. G 5.2/ZM17) vermag an der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses nichts zu ändern. Bereits vor dem Unfall wurde die Beschwerdeführerin einmal auf dessen Zuweisung in der Klinik St. Georg entsprechend behandelt (Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. November 2002 [act. G 5.3]). Insofern liegt ein gegenüber früher durchgeführten Behandlungen identischer Therapieverschlagn vor.

7.4 Bezüglich der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs der fortdauernd geklagten Beschwerden ging die Beschwerdegegnerin beim Unfall vom 30. November 2005 von einem leichten Ereignis aus und verneinte die Adäquanz ohne weiteres. Inwiefern diese Annahme gerechtfertigt ist, kann offenbleiben, weil die folgende Beurteilung zeigt, dass die Adäquanz selbst bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im mittleren Bereich - wie sie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vertritt - zu verneinen ist. Die in diesem Bereich zu erfüllenden Zusatzkriterien sind weder in gehäufte noch in auffallender Weise erfüllt.



7.5 Der Unfall vom 30. November 2005 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet - von besonderer Eindrücklichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnosen einer HWS-Distorsion und einer Contusio capitis bzw. Schädelprellung vermögen die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für die obigen Diagnosen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3). Solche Umstände sind vorliegend nicht ausgewiesen (vgl. act. G 5.1/Z32, act. G 5.4). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden - auch solche einer, wenn überhaupt erlittenen, leichten Rippenprellung - sind wohl unangenehm. Um schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie sie nach Verkehrsunfällen auftreten können, handelt es sich jedoch nicht. Strukturelle Schädigungen oder äussere Verletzungen hat die Beschwerdeführerin bekanntlich nicht erlitten. Nicht erfüllt sind sodann die Kriterien der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden, der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Nach dem Unfall befand sich die Beschwerdeführerin lediglich während rund einem halben Monat in hausärztlicher Behandlung. Die angewandte Therapie beschränkte sich auf die Einnahme von Schmerzmitteln. Fünf Tage nach dem Unfall war die Beschwerdeführerin wieder zu 100% arbeitsfähig. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit ist in den Akten erst wieder nach Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG, d.h. ab 31. Juli 2006 vermerkt. Wie in Erwägung Ziff. 6.2 erwogen, ist im vorliegenden Fall nach der anfänglichen, sehr kurzen Behandlungs- sowie Arbeitsunfähigkeitsphase bis zum Fallabschluss von einem behandlungs- und beschwerdefreien Intervall auszugehen. Dass im Falle der Beschwerdeführerin überhaupt je intensive, belastende Therapien durchgeführt worden wären, geht aus den Akten nicht hervor. Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich sodann unter anderem nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass die Beschwerdeführerin auch während des angenommenen beschwerdefreien Intervalls unter gewissen Beschwerden gelitten und



sich wegen Pflichtbewusstseins und aus Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle stets gegen eine ärztlich empfohlene Reduktion des Arbeitspensums bzw. eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gewehrt hat, war der Lebensalltag der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht derart eingeschränkt, dass das Kriterium der erheblichen Beschwerden in der geforderten Ausprägung als erfüllt bezeichnet werden könnte. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann schliesslich ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Letztere können nicht schon dann angenommen werden, wenn die Therapien zu keinem Heilungserfolg führten. - Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass im vorliegenden Fall keines der Zusatzkriterien als erfüllt betrachtet werden kann. Die Adäquanz zum Unfall vom 30. November 2005 ist daher zu verneinen.

8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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