

BL_GERICHTE 725 2012 253 / 23 vom 13. April 2011

BL Gerichte, 2011-04-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2012_253_23

FR: BL_GERICHTE 725 2012 253 / 23 du 13 avril 2011

IT: BL_GERICHTE 725 2012 253 / 23 del 13 aprile 2011

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E. , sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 13. August 2012 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 15. Juli 2011 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung besitzt. 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der

Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt in erster Linie voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b). 3.3 Im Rahmen der Beurteilung der natürlichen Kausalität von Unfällen mit Beeinträchtigungen der Halswirbelsäule (HWS) oder einem Schädel-Hirn-Trauma ist zu unterscheiden, ob der Unfall zu organisch nachweisbaren Funktionsausfällen geführt hat oder nicht. Solange organische Befunde klar nachweisbar sind, ist der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen (BGE 117 V 365 E. 5d/bb). Bei einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Regel dann zu bejahen, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und innert der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden seit dem Unfall (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 2000 Nr. U 359, S. 29 E. 5e) das für diese Verletzung typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegt (vgl. BGE 119 V 338 E. 1 mit Verweis auf BGE 117 V 360 E. 4b). Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der HWS, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS, Distorsionstrauma der HWS mit Kopfanprall) oder einem Schädel-Hirn-Trauma beruhen (BGE 117 V 382 f. E. 4a; vgl. RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auch ohne nachweisbare pathologische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Es ist deshalb davon auszugehen, dass ein solcher Unfall eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen kann, auch wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden in manchen Fällen mit den heute verwendeten bildgebenden

Untersuchungsmethoden nicht objektivierbar sind, darf somit nicht dazu verleiten, sie als rein "subjektive" Beschwerden zu qualifizieren und damit deren Relevanz für die Unfallversicherung in Abrede zu stellen (vgl. BGE 117 V 363 E. 5d/aa; BGE 134 V 118 ff. E. 7 und 8). Bei Beeinträchtigungen nach einem Schleudertrauma, einer äquivalenten Verletzung oder einem Schädel-Hirn-Trauma, die weder ein organisches Substrat im Sinne einer nachweisbaren strukturellen Veränderung haben noch klinisch fassbar sind und sich lediglich in diffusen Beschwerden äussern, fehlt es bereits an der natürlichen Kausalität (vgl. BGE 119 V 341 E. 2b/bb).

3.4 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist gemäss Rechtsprechung bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

3.5 Das Bundesgericht hat festgehalten, dass an die Grundlagen für den Schluss auf das Vorliegen einer Distorsion der HWS, einer äquivalenten Verletzung oder eines Schädel-Hirn-Traumas hohe Anforderungen zu stellen sind. In einer ersten Phase nach dem Unfall ist dessen Hergang möglichst genau und verifizierbar zu dokumentieren und eine genügende Erstabklärung vorzunehmen. In einem zweiten Schritt ist sodann eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen, die durch mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte zu erfolgen hat. Im Vordergrund stehen dabei Untersuchungen neurologischer und orthopädischer (soweit

indiziert mit apparativen Mitteln) sowie psychiatrischer und gegebenenfalls auch neuropsychologischer Fachrichtung. Bei spezifischer Fragestellung und zum Ausschluss von Differentialdiagnosen können auch otoneurologische, ophthalmologische oder andere Untersuchungen angezeigt sein. Die Gutachter müssen hierbei über zuverlässige Vorakten verfügen. Inhaltlich sind überzeugende Aussagen darüber erforderlich, ob die geklagten Beschwerden überhaupt glaubhaft sind, und bejahendenfalls, ob für diese Beschwerden trotz allfälligen Fehlens objektiv ausgewiesener organischer Unfallfolgen eine beim Unfall erlittene Distorsion der HWS, eine äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma überwiegend wahrscheinlich zumindest eine Teilursache darstellt. Aufgrund der Besonderheiten der Schleudertrauma-Praxis soll das Gutachten bei gefestigter Diagnose auch darüber Auskunft geben, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des für solche Verletzungen typischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatischpsychischen Beschwerdebildes zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt. Nur wenn in der Expertise überzeugend dargetan wird, dass die psychische Störung nicht Symptom der Verletzung ist, kann dafür eine andere Ursache gesehen werden. Der Hinweis auf ungünstige soziale und soziokulturelle Verhältnisse der versicherten Person und dergleichen genügt nicht. Weiter ist zu beantworten, inwieweit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und (mit Blick auf eine allfällige Berentung) in alternativen Tätigkeiten durch die festgestellten natürlich unfallkausalen Leiden eingeschränkt ist (BGE 134 V 125 f. E. 9.5).

3.6 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. Dies trifft dann zu, wenn entweder der krankhafte Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2).

3.7 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden neben dem natürlichen auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an

sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 f. E. 3b). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

3.8 Die Adäquanz spielt als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 112 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; vgl. auch E. 3.3 hiervor). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht objektiv ausgewiesenen Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] vom 7. November 2002, U 377/01, E. 4.3): Zunächst ist festzustellen, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus (RKUV 2000 U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (erste Fallgruppe), oder ob es sich um einen Unfall mit anderen somatischen Verletzungen und gesundheitlichen Folgen handelt (zweite Fallgruppe). Bei letzterer erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien. Bei Unfällen der ersten Fallgruppe ist hingegen die Adäquanz gemäss BGE 117 V 359 zu beurteilen. Der Unterschied besteht darin, dass bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei HWS-Distorsionen, äquivalenten Verletzungen sowie Schädel-Hirn-Traumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 112 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen).

3.9 Ob die geklagten Beschwerden noch ädaquat kausale Unfallfolgen sind, hat der Unfallversicherer beim Fallabschluss zu prüfen. Das Bundesgericht hat sich in BGE 134 V 109 zum Zeitpunkt des Fallabschlusses geäußert (E. 3 und 4). Demnach sind Heilbehandlung und 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. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. 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 115 E. 4.3). Wenn eine entsprechende Verbesserung nicht erwartet werden kann, ist der Fall abzuschliessen.

4.1 Zur Beurteilung der umstrittenen Fragen liegen folgende medizinische Unterlagen vor: 4.2. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. F. , Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, stellte gemäss Arztzeugnis UVG zuhanden der Beschwerdeführerin vom 6. April 2009 und Bericht an den Hausarzt vom 6. April 2009 bei

der Beschwerdeführerin am 4. April 2009 ein Hämatom mit Druckschmerz in einer Ausdehnung von ca. 7 cm mal 6 cm rechts parietal fest. Es habe kein Schädelkompressionsschmerz vorgelegen, die Pupillenmotorik sei regelrecht gewesen. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei leicht schmerzhaft eingeschränkt gewesen, eine wesentliche paravertebrale Muskelverspannung habe nicht vorgelegen. Es habe eine leichte Verspannung des Musculus trapezius rechts und ein leichter Klopfschmerz über der mittleren Beckenwirbelsäule (BWS) bestanden, hingegen kein axialer Stauchungsschmerz, kein Bewegungsschmerz und keine weiteren Verletzungszeichen. Eigenanamnestisch habe eine kurze Bewusstlosigkeit bestanden sowie eine retrograde Amnesie für das Unfallereignis. Die Patientin habe über Übelkeit, Brechreiz sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit geklagt, Erbrechen sei nicht aufgetreten. Die Patientin sei wach und orientiert gewesen. Der Glasgow Coma Index (GCS) habe sich auf einen Wert von 15 belaufen; die Pupillen seien isokor gewesen und die Lichtreaktion prompt. Der Röntgenbefund habe keine knöcherne Verletzung des Schädels gezeigt. Die Halswirbelsäule (HWS) habe beim Röntgen auf zwei Ebenen, mit Zielaufnahme des Dens, eine regelrechte Stellung und keine knöcherne Verletzung gezeigt. Dr. F. diagnostizierte eine Schädelprellung rechts parietal sowie eine Commotio cerebri. 4.3 Im Bericht zur neurologischen Untersuchung vom 15. April 2009 hielt Dr. med. G., Facharzt für Neurologie, fest, dass die Beschwerdeführerin trotz analgetischer und myotonolytischer Medikation über persistierende Nacken- und Schulterbeschwerden klagte. Der Schlaf sei gemäss Angaben der Patientin unruhig und flach; sie bemerke eine verstärkte Licht- und Geräuschempfindlichkeit. Die Konzentrationsfähigkeit sei gestört, ihre psychophysische Belastbarkeit eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sich müde zu fühlen, ihre Stimmung sei schwankend. Neurologisch stellte Dr. G. eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit der occipitalen, paravertebrealen Muskelansätze fest. Es würden keine Aphasie, keine Dysarthrie, kein Neglekt sowie keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen vorliegen. Der Affekt sei schwingungsfähig, der Antrieb unauffällig. Dr. G. stellte keinen Meningismus und einen regelrechten Hirnnervenstatus fest. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich mittellebhaft, es bestünden keine Pyramidenbahnzeichen. Die Muskulatur sei in Tonus und Kraft regelrecht, die Sensibilität in allen Qualitäten seitengleich. Die Koordinationsprüfungen seien regelrecht, die Stand- und Gangproben unauffällig. Das EEG sei etwas unregelmässig. Unter Hyperventilation für drei Minuten seien dysrhythmische, höhergespannte Theta-Wellen ohne Seitenbetonung aufgetreten. Dr. G. diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion 1. Grades sowie ein postcommotionelles Syndrom. Eine Pausierung der analgetischen und myotonolytischen Medikation werde unterstützt; zur Vermeidung einer Chronifizierung der Beschwerden sei die zentrale Schmerzverarbeitung allerdings durch eine Medikation mit Mitrazipin zu unterstützen. Es sei gegenwärtig aufgrund der sedativen Nebenwirkungen von einer fortbestehenden 100%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4.4 Im Arzteugnis UVG vom 16. Oktober 2009 hielt Dr. med. H., Facharzt für Innere Medizin, fest, dass die Beschwerdeführerin noch unter Kopfschmerzen und Schlafstörungen leide und eine massive Verspannung der Schulter- und HWS-Muskulatur vorliege. Die Patientin sei ab Juni 2009 noch zu 50% arbeitsunfähig. Dr. med. I., Facharzt für Innere Medizin, bestätigte mit Bescheinigung vom 22. Januar 2010 die 50%-ige Arbeitsunfähigkeit auf nicht absehbare Zeit. Trotz intensiver Physiotherapie seien die zervicozephalen Beschwerden und ein postcommotionelles Syndrom mit Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Stimmungslabilität und Schlafstörungen anhaltend. 4.5 Am 2. Februar 2010 wurde die

Beschwerdeführerin im Rahmen eines Triage Assessments KZBT in der Reha-Klinik D. untersucht. Im entsprechenden Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. Februar 2010 wurde ein Status nach Kopfprellung rechts parietal mit Commotio cerebri und HWS-Distorsion mit einem persistierenden zervicozephalen Syndrom rechtsbetont, einer vegetativen Dysregulation, subjektiven neurologischen Funktionsstörungen und dem Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiven Komponenten diagnostiziert. Die Patientin beklage konstant vorhandene Nacken- und Kopfschmerzen, deutlich rechtsbetont mit Schmerzausstrahlung in die rechte Schulterpartie und gelegentlichem Einschlafgefühl des rechten Arms oder der rechten Hand mit sämtlichen Fingern, zum Teil Kribbelparästhesien; die rohe Kraft der rechten oberen Extremität sei eingeschränkt. Ausserdem würden Licht- und Lärmüberempfindlichkeit, Schwindel bei Inrespektive Reklination des Kopfes, eine vegetative Symptomatik in Form von vermehrtem Schwitzen sowie schmerzabhängiger Übelkeit und Brechreiz, Durchschlafstörungen und teilweise Einschlafstörungen, Konzentrationsprobleme und vermehrte Vergesslichkeit, eine depressive Stimmungslage mit teilweise Suizidgedanken, eine vermehrte Aggressivität, eine Persönlichkeitsveränderung, verminderte Belastbarkeit und eine Gewichtszunahme beklagt. In der Untersuchung stellten die Ärzte der Reha-Klinik D. in muskuloskelettaler Hinsicht eine leichte Protraktion der HWS und eine leichte skoliotische Fehlhaltung der Wirbelsäule fest. Es hätten sich Druckdolenzen gezeigt, der Tonus der Muskulatur des Nacken- und Schultergürtels sei rechts erhöht mit Triggerpunkten im Musculus trapezius, Musculus levator scapulae und der Nackenextensoren. Zur HWS-Beweglichkeit wurde ein Kinn-Sternum-Abstand von 6/13 festgestellt, wobei bei der Inklination und Reklination Schwindel aufgetreten sei, die Rotation liege beidseitig bei 65°, die Lateroflexion beidseitig bei 25°. Sämtliche HWS-Bewegungsprüfungen seien schmerzhaft. In neurologischer Hinsicht seien abgesehen von einer schmerzbedingten leichten Herabsetzung der rohen Kraft rechts keine Auffälligkeiten festgestellt worden. 4.6 In der Folge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 10. Februar 2010 bis zum 13. März 2010 in der Reha-Klinik D. auf. Im Austrittsbericht an den Hausarzt vom 15. März 2010 hielten Dres. med. J., FMH Allgemeine Innere Medizin, und K. folgende Diagnosen fest: Status nach Kopfprellung rechts parietal mit Commotio cerebri und HWS-Distorsion mit einem persistierenden zervicozephalen Syndrom rechtsbetont mit somatoformer Komponente, einer vegetativen Dysregulation, leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen und einer leichten depressiven Episode. Die neuropsychologische Abklärung habe im Kontext einer reduzierten mentalen Belastbarkeit leichte bis mässige Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration ergeben. Bei der psychiatrischen Beurteilung vom 7. März 2010 diagnostizierte Dr. med. L., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine ängstlichdepressive Episode leichten Grades bei akzentuierten Persönlichkeitszügen vom narzisstisch etwas unreifen, teils auch histrionischen Typ mit Tendenz zur Somatisierung. Aus psychiatrischkonsiliarischer Sicht bestehe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Gesamthaft wurde die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit mit wechselnden Positionen als zu 50% arbeitsfähig erachtet, mit einer vorgesehenen Steigerung je nach Verlauf von 10% alle vier bis sechs Wochen. 4.7 Im ärztlichen Zwischenzeugnis (UVG) vom 3. Oktober 2010 diagnostizierte Dr. I. ein Zustand nach Commotio cerebri und HWS-Distorsion, ein persistierendes zervicozephal Syndrom sowie eine depressive Verstimmung v.a. im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es seien ihm keine unfallfremde Faktoren, die im Heilungsverlauf mitspielten, bekannt. 4.8 Lic. phil. M., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Dr. phil.

N. , Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, und Dr. med. O. , Delegierte Psychotherapie FMPP, diagnostizierten im Verlaufsbericht zur psychotherapeutischen Behandlung vom 10. Januar 2011 eine ängstlichdepressive Episode leichten Grades sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstischen, etwas unreifen, teils auch histrionischen Typ. Hinsichtlich der innerpsychischen Symptomatik zeige die Patientin eine gewisse Dissimulationstendenz. Auf kognitiver Ebene und in Bezug auf das formale und inhaltliche Denken sei sie weitgehend unauffällig. Inhaltlich sei sie jedoch auf ihre Schmerzproblematik sowie die versicherungstechnische Situation eingeengt. 4.9 Zur medizinischen Standortbestimmung und zur Festlegung von Therapieempfehlungen wurde die Beschwerdeführerin Ende 2010 in der Schmerzklinik P. in psychiatrischer, neurologischer und rheumatologisch-sportmedizinischer Hinsicht untersucht. Mit Arztbericht vom 2. März 2011 diagnostizierten Dres. med. Q. , FMH Rheumatologie, und R. , FMH Rechtsmedizin, ein chronisches posttraumatisches zervicozephales Syndrom bei Status nach Kopf- und Nackenkontusion mit Commotio cerebri und HWS-Distorsion mit rezidivierend wechselnden Sensibilitätsstörungen im rechten Arm; ein chronischer Kopfschmerz nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma; eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie einen Eisenmangel ohne Anämie. Eine Röntgenaufnahme der HWS inklusive Dens Atlas und Funktionsaufnahmen hätten bei weitgehend unauffälligen ossären Verhältnissen eine fehlende Beugebewegung und fehlende Inklinationsbewegungen bei (möglicher) beginnender Arthrose gezeigt. In einer kontrastmittelverstärkten Magnetresonanztomographie (MRI) sei eine Streckhaltung, eine minimale kyphotische Fehllhaltung und Schiefhaltung der HWS nach links mit kompensatorischer Kopfhaltung rechts; eine Retrohaltung des craniozervicalen Übergangs und eine Rotationsfehlstellung des Dens gegenüber dem Atlas sichtbar geworden. Hingegen sei kein Status nach Wirbelkörperfrakturen, keine posttraumatischen Spondylolysen, keine nennenswerten Osteochondrosen oder Spondylarthrosen, keine Diskushernien und keine postkontusionellen oder anderweitigen Läsionen des Neurocraniums erkannt worden. In therapeutischer Hinsicht wird ein multimodaler Schmerztherapieansatz empfohlen mit Erlernen von Entspannungsverfahren und Psychoedukation sowie eine ambulante Physiotherapie mit Erlernen eines Heimprogramms. In einem zweiten Schritt seien eine interventionelle Etagediagnostik und -therapie im Bereich HWS und manualtherapeutische Behandlungen vorzunehmen. Die Patientin könne von aktivierenden Therapien und der Teilnahme an der verhaltenstherapeutisch orientierten Kopfschmerzgruppe profitieren. Ausserdem seien die medikamentöse Behandlung und die Psychotherapie mit Schwerpunkt Schmerzpsychotherapie, Erlernen von Coping-Mechanismen, Schlafhygiene und Entspannungsverfahren fortzuführen. Ein körpertherapeutischer Ansatz solle versucht werden. Ein Arbeitsversuch in Teilzeit werde vorgenommen, die Beschwerdeführerin werde sich eigenständig eine Stelle suchen. Dr. med. S. , FMH Neurologie, stellte mit Bericht vom 17. Dezember 2010 eine normotone und normotrophe Muskulatur fest, eine Hypästhesie im Dermatome C2 rechts, Hypalgesie im ersten Trigeminusast rechts sowie den Fingern I-IV palmar und dorsal rechts, ausserdem eine Hyperalgesie im Dermatome C2 sowie dem ersten und zweiten Trigeminusast links. Die Sensibilität im Gesicht sei seitengleich. Bei der Prüfung des Phalen-Manövers rechts seien Kribbelparästhesien in den Fingern IV und V vorgekommen. Bei der Patientin bestünden ein chronischer Kopfschmerz nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma sowie kognitive Störungen, ein Schwindel und lumbale Schmerzen mit wahrscheinlich pseudoradikulärer Ausstrahlung. Daneben bestehe eine chronische posttraumatische Zervicalgie. Im Rahmen des Traumas habe sich die

Patientin vom Mechanismus her mit grosser Wahrscheinlichkeit noch eine HWS-Distorsion zugezogen. Im rheumatologisch-sportmedizinischen Konsil vom 18. Februar 2011 berichtete Dr. med. T. , FMH Allgemeine Innere Medizin, von einer beidseitigen um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit der HWS-Rotation. Die gemachten MRI-Aufnahmen beurteilte Dr. T. dahingehend, dass die aufgehobene Beweglichkeit zwischen C5 und Th1 einen deutlichen bildgebenden Hinweis auf eine somatische Ursache der Schmerzen liefere. Es gebe keinen direkten Hinweis auf eine posttraumatische Strukturpathologie, hingegen zeige sich als indirekter Hinweis auf eine Schmerzursache eine Rotationsfehlstellung im atlantoaxialen Gelenk.

4.10 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Beschwerdeführerin bei Dr. med. U. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine versicherungsmedizinische Stellungnahme ein. In ihrem Schreiben vom 6. Mai 2012 führte Dr. U. aus, dass sich die am 6. April 2009 von Dr. F. gestellte Diagnose einer Commotio cerebri und einer Schädelprellung rechts parietal gemäss den vorliegenden Akten primär auf die eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gestützt habe, die angegeben habe, unter einer kurzen Bewusstlosigkeit sowie einer retrograden Amnesie für das Unfallgeschehen gelitten zu haben. Fremdanamnestische Bestätigungen dieser Aussagen fehlten jedoch völlig. Bezüglich der erstmals im Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses C. vom 6. April 2009 gestellten und in der Folge von den weiter betreuenden Ärzten übernommenen Diagnose der HWS-Distorsion werde festgehalten, dass das erlittene Trauma, namentlich der Anprall eines 500 g schweren Gegenstands aus einer Höhe von ca. 70 cm, nicht zu einer typischen HWS-Distorsion, sondern zu einem sogenannten Flexionstrauma der Wirbelsäule führen könne. Rein medizinisch-theoretisch könnten aus einem derartigen Trauma durchaus strukturelle Verletzungen resultieren, die zeitnah durchgeführten Bildgebungen hätten jedoch keinerlei richtungsweisende pathologische Befunde und insbesondere auch keine Hinweise auf knöcherne Frakturen ergeben. Die von Dr. T. befundene Rotationsfehlstellung des Dens gegenüber dem Atlas kritisierte Dr. U. insoweit, als dass es sich um eine unspezifische Angabe handle, die insbesondere auch keinen Hinweis darüber gebe, um wie viel Grad der Dens rotiert sein solle. Zudem bliebe völlig unberücksichtigt, ob es sich bei dieser "Rotationsfehlstellung" um die in der Normalpopulation häufig vorkommende anatomische Variante ohne eigenen Krankheitswert oder tatsächlich um eine strukturelle Pathologie handle. Die hohe Prävalenz der Rotationsfehlstellung in der Normalpopulation spreche gegen eine ursächliche Kausalität zu den zervikalen Beschwerden. Ferner sei ein kausaler Zusammenhang der Fehlstellung und des Vorfalls vom 4. April 2009 allenfalls möglich, keinesfalls jedoch wahrscheinlich. Das neurologische Konsil Dr. S. sei widersprüchlich und objektiviere die von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten kognitiven Störungen, namentlich eine seit dem Unfall bestehende Vergesslichkeit und eine Abnahme sowohl der Konzentration als auch der Merkfähigkeit, nicht. Gesamthaft lägen keine organischen Befunde bzw. anatomisch-strukturelle Pathologien vor, die überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 4. April 2009 zurückzuführen seien.

5.1. Gerügt wird von der Beschwerdeführerin zunächst, dass der Fallabschluss verfrüht vorgenommen worden sei. Sie bezieht sich diesbezüglich insbesondere auf die Therapieempfehlungen der Schmerzlinik P. , die eine nochmalige deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands in Aussicht stellten. Die Schmerzlinik P. empfiehlt indessen einen multimodalen Schmerztherapieansatz mit einer Anpassung bzw. Weiterführung der Medikation, dem Erlernen von Entspannungsverfahren und Coping-Mechanismen und der Weiterführung von Physio- und Psychotherapien. Es handelt sich dabei jedoch augenscheinlich in erster Linie um Erhaltungs-therapien, nicht um

medizinische Heilbehandlungen. Damit mag sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin subjektiv verbessern. Die Frage, ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich rechtsprechungsgemäss jedoch allein nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. 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 (vgl. oben Erwägung 3.9; BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2009, 8C_725/2008, E. 6). Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht der Schmerzklinik indessen nicht. Festgehalten wird lediglich, dass ein Arbeitsversuch in Teilzeit vorzunehmen ist. Nach Lage der Akten kann aber auch ohne weitere Abklärungen gesagt werden, dass die empfohlenen Therapiemassnahmen keinen bedeutenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Der Fallabschluss auf den 11. Juli 2011 ist damit grundsätzlich nicht zu beanstanden.

5.2. Umstritten und zu prüfen ist ferner, ob die heute von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden noch unfallkausal sind. Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, dass sie vor dem Unfall sportlich sehr aktiv und beruflich belastbar gewesen sei. Nun leide sie an diversen neurologischen, neuropsychologischen und körperlichen Beschwerden, die von der Beschwerdegegnerin nicht genügend abgeklärt worden seien. Die Beschwerdegegnerin verneint ihrerseits das Vorliegen einer HWS-Distorsion und eines Schädel-Hirn-Traumas und beruft sich bezüglich der geltend gemachten organischen Befunde auf die Stellungnahme von Dr. U. , die eine Unfallkausalität der Fehlstellung des Dens gegenüber dem Atlas mit Hinweis auf das Vorkommen einer solchen anatomischen Variante in der Normalbevölkerung verneint. Sie stellt die natürliche Kausalität der heute geklagten Beschwerden zum Unfall in Frage und verneint ferner auch die adäquate Kausalität, die – da weder eine HWS-Distorsion noch ein Schädel-Hirn-Trauma vorliege – nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu beurteilen sei.

5.3 Vorliegend sind somit bereits die gestellten Diagnosen umstritten, namentlich, ob die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion und/oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bezüglich dieser Frage vollumfänglich auf die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. U. . Diese verneint unter Hinweis auf die von der Haftpflichtversicherung des ehemaligen Arbeitgebers der Beschwerdeführerin getätigten Abklärungen zum Unfallhergang das Vorliegen einer HWS-Distorsion. Entgegen den Schilderungen der Beschwerdeführerin sei von einem ca. 300 g bis 500 g schweren Schild und einer Fallhöhe von 70 cm auszugehen. Ein solcher Aufprall sei indessen nicht geeignet, eine HWS-Distorsion zu bewirken. Eine solche Diagnose sei denn auch im ersten Bericht von Dr. F. nicht gestellt worden. Bei einem GCS-Wert von 15 sei ferner von einem bloss leichten Schädel-Hirn-Trauma auszugehen. Die von der Beschwerdeführerin angerufenen Auskunftspersonen hätten gemäss Aussage des Arbeitgebers am Tag des Unfalls in anderen Läden gearbeitet und den Unfallhergang nicht unmittelbar mitverfolgen können. Die Beschwerdeführerin ihrerseits geht von einem Unfallhergang aus, bei dem ihr aus einer Höhe von ca. 2.0 bis 2.5 m eine 2 bis 3 kg schwere Tafel auf den Kopf fiel.

5.4 Bei der versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. U. handelt es sich um ein reines Aktengutachten, das von einer Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin verfasst wurde. Rechtsprechungsgemäss sind an einen solchen Bericht strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2; vgl. oben Erwägung 3.4). Entgegen beinahe aller vorliegenden medizinischen Berichte

verneint Dr. U. mit Hinweis auf den von der Haftpflichtversicherung eruierten Sachverhalt das Vorliegen einer HWS-Distorsion. Diese Diagnose wurde indessen bereits kurze Zeit nach dem Unfall, namentlich am 15. April 2009, vom Neurologen Dr. G. gestellt. In der Folge wurde sie auch vom erstbehandelnden Arzt Dr. F. mit Bericht vom 6. Mai 2009 anerkannt, obwohl er die Diagnose seinerseits im ersten Arztzeugnis vom 6. April 2009 nicht nannte. Anhand der vorliegenden medizinischen Akten kann entgegen der Annahme von Dr. U. auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Diagnose der HWS-Distorsion von allen nachbehandelnden Ärzten unbesehen übernommen worden ist. Vielmehr geht Dr. S. aufgrund seiner neurologischen Befunde mit "grosser Wahrscheinlichkeit" von einer HWS-Distorsion aus. Zwar ist aufgrund der ersten Schilderungen der Beschwerdeführerin zum Unfallhergang wie auch den Ausführungen des von der Beschwerdegegnerin angefragten Innenarchitekten wohl von einer geringeren Fallhöhe als heute von der Beschwerdeführerin geltend gemacht auszugehen. Der genaue Unfallhergang lässt sich jedoch aufgrund der vorliegenden Akten kaum rekonstruieren. Selbst die Annahme eines Unfallhergangs entsprechend den Schilderungen der Beschwerdegegnerin vermag jedoch für sich alleine die von einer überwiegenden Mehrheit der behandelnden Ärzte gestellte Diagnose nicht überzeugend zu entkräften. Im Übrigen ist fraglich, ob bei Annahme eines HWS-Flexionstraumas, wie von Dr. U. diagnostiziert, nicht eine der HWS-Distorsion äquivalente Verletzung vorliegt. Ebenso wenig zu überzeugen vermag die Verneinung eines erlittenen Schädel-Hirn-Traumas mit der Begründung, die geltend gemachte Bewusstlosigkeit sei lediglich auf eigenanamnestischen, von Dritten nicht bestätigten, Angaben gestützt. Dass sich ein Unfall "unter Ausschluss von Zeugen" ereignet, ist an sich kein Grund, den geschilderten Hergang als unbewiesen abzulehnen (Urteil des EVG vom 22. April 2003, U 307/01, E. 5). Insbesondere finden sich in den übrigen medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte dafür, dass an der Schilderung der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht gezweifelt wurde. Vielmehr sprechen die dem Unfall zeitnah gestellten Diagnosen sowie der objektive Befund eines 6 cm mal 7 cm grossen Hämatoms an der rechten Seite des Kopfes für ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma. Nach dem Ausgeführten ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsmedizinischen Stellungnahme bezüglich der gestellten Diagnosen Zweifel bestehen. Es steht nach dem Ausgeführten nicht fest, ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 4. April 2009 eine HWS-Distorsion bzw. eine äquivalente Verletzung und/oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat. 5.5 Obwohl sich in den vorliegenden Akten mehrere ärztliche Berichte finden, fehlt es in verschiedener Hinsicht an weiteren unfallversicherungsrechtlich relevanten medizinischen Tatsachenfeststellungen. Die Kausalität wird lediglich im Aktengutachten von Dr. U. und bloss in Bezug auf die Unfallkausalität der Rotationsfehlstellung des Dens angesprochen. Die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Schmerzlinik P. erfolgte nicht zur Abklärung eines unfallversicherungsrechtlichen Sachverhalts, sondern zur medizinischen Standortbestimmung mit Therapieempfehlungen. So finden sich in den Akten keine Berichte, die sich eingehend und nach einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin zur Glaubhaftigkeit der geklagten Beschwerden und zur allfälligen (Teil-)Ursächlichkeit der erlittenen Verletzungen zu den Beschwerden äussern. Eine eingehende medizinische Abklärung im Sinne eines polydisziplinären Gutachtens wurde – trotz Anhaltspunkten für ein längeres Andauern und später gar eine Chronifizierung der Beschwerden – entgegen der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht vorgenommen. Eine solche wäre im vorliegenden Fall jedoch insbesondere aufgrund des komplexen

Beschwerdebilds der Beschwerdeführerin und der zwei im Raum stehenden Diagnosen einer HWS-Distorsion und eines Schädel-Hirn-Traumas angezeigt gewesen. Die Verneinung dieser Diagnosen durch die Stellungnahme von Dr. U. vermag die Frage nach der natürlichen Kausalität zwischen Beschwerden und Unfallereignis nicht zu beantworten. Eine Begutachtung hätte Aufschluss darüber geben können, ob und in welchen Anteilen die Beschwerden auf eine HWS-Distorsion oder ein Schädel-Hirn-Trauma zurückzuführen sind. Zu untersuchen wäre in diesem Zusammenhang insbesondere auch gewesen, ob die Befunde der Rotationsfehlstellung des Dens gegenüber dem Atlas und der fehlenden Inklination zwischen C5 und Th1 einerseits beschwerdekausal und andererseits unfallkausal sind. Aufgrund der Feststellung von Dr. U., dass eine solche Rotationsfehlstellung einen häufigen Befund in der Normalpopulation darstelle, wäre im Falle einer Beschwerdekausalität auch auf eine mögliche Verschlechterung eines anatomischen Vorzustands einzugehen gewesen. Auch bezüglich der skoliotischen Fehllhaltung sowie den gegenüber Dr. L. erwähnten Beschwerden, welche die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall zur Aufgabe einer hobbymässig ausgeübten Kampfsportart zwangen, sind vorbestehende Beschwerden oder Zustände zu ermitteln. Nicht genügend untersucht erscheinen ferner die nach dem Aufenthalt in der Reha-Klinik D. festgestellten neuropsychologischen Defizite. Die als seit dem Unfall bestehend beklagten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen wurden im neuropsychologischen Bericht von Dr. J. vom 25. Februar 2010 als gegeben erachtet, in der Folge jedoch weder objektiviert noch weiter untersucht. Ferner wäre aufgrund der ebenfalls im Raum stehenden psychischen Beschwerden zu untersuchen gewesen, ob diese auf den Unfall zurückzuführen sind und gegebenenfalls, ob sie als Teil eines für HWS-Distorsionen und äquivalente Verletzungen typischen Beschwerdebilds zu betrachten sind oder ein eigenständiges psychisches Leiden darstellen. Im Hinblick auf eine allfällig vorzunehmende Adäquanzprüfung wären ferner Angaben zur Arbeitsfähigkeit, der Erheblichkeit der Beschwerden sowie – aufgrund des möglichen Zusammenspiels einer HWS-Distorsion und einem Schädel-Hirn-Trauma – der besonderen Art der erlittenen Verletzungen einzuholen gewesen. Indessen fehlen solche Feststellungen in allen vorliegenden medizinischen Berichten. Damit ist aber den von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen (vgl. oben Erwägung 3.5) an die medizinischen Grundlagen bei Verletzungen der HWS oder Schädel-Hirn-Traumen nicht Genüge getan.

6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt, namentlich in Bezug auf die Ursächlichkeit der geklagten Beschwerden und ein allfällig vorhandenes organisches Substrat sowie im Hinblick auf die divergierenden Diagnosen, nicht genügend abgeklärt worden ist. Die entsprechenden Feststellungen sind jedoch für die Prüfung der natürlichen Kausalität von massgebender Bedeutung. Wird die natürliche Kausalität bejaht, spielt die Beantwortung dieser Fragen sowohl für die Wahl der anzuwendenden Adäquanzprüfung wie auch – wenn das Vorliegen eines organischen Substrats verneint würde – bei der Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien eine entscheidende Rolle. Die vorhandenen Unterlagen lassen damit keine abschliessende Beurteilung der vorliegend umstrittenen Fragen zu.

6.2 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine

Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der natürlichen Kausalität und der im Raum stehenden Diagnosen vorgenommen und namentlich auf die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens verzichtet hat (vgl. E. 5 hiavor), und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 22. Juni 2012 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat die Beschwerdeführerin durch mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte polydisziplinär begutachten zu lassen, insbesondere in neurologischer, orthopädischer, psychiatrischer sowie neuropsychologischer Hinsicht. Dabei werden insbesondere die von der Rechtsprechung festgelegten und in den Erwägungen 5.4 und 5.5 genannten Fragen zu stellen sein. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

E. 7

Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die beschwerdeführende Partei als (vollständig) obsiegende und die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei (vgl. BGE 137 V 61 f. E. 2.1, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG sind für das vorliegende Verfahren keine ordentlichen Kosten zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 7. Dezember 2012 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 10.9 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 81.75. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 3'031.30 (10.9 Stunden à Fr. 250.- + Auslagen von Fr. 81.75 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

E. 8

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen

würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheidung an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschließender Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 22. Juni 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'031.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten. Gegen diesen Entscheid wurde am 30. Mai 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_413/2013) erhoben.

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