

BL_GERICHTE 725 20 377/99 vom 22. April 2021

BL Gerichte, 2021-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_377_99

FR: BL_GERICHTE 725 20 377/99 du 22 avril 2021

IT: BL_GERICHTE 725 20 377/99 del 22 aprile 2021

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 oder gegen Verfügungen der Unfallversicherer, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y._____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 form- und fristgerecht eingereichte - Beschwerde vom 29. September 2020 ist einzutreten.

2.1 In der obligatorischen Unfallversicherung werden nach Art. 6 Abs. 1 UVG, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist und sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands 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 (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen 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).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2012, 8C_714/2011, E. 3.2.1; BGE 118 V 269 f. E. 2c mit Hinweisen).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 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. 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern 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 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2010, 8C_626/2010, E. 5; BGE 112 V 30 E. 1b).

2.4.1 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf des geltend gemachten Unfallereignisses auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sogenannte Psycho-Praxis; BGE 115 V 133), während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sogenannten Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.4.2 Im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung ist sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Krankheitsbild des Tinnitusleiden hinzuweisen. Das Bundesgericht nahm in seiner Rechtsprechung (BGE 138 V 248 ff.) gestützt auf die medizinische Literatur eine Unterscheidung zwischen objektivem und subjektivem Tinnitus vor. Der objektive Tinnitus bezeichnet ein Ohrgeräusch, welches aufgrund pathologisch-anatomischer Veränderungen entsteht und grundsätzlich auch für Aussenstehende - allenfalls mit technischen Hilfsmitteln - hörbar wird. Meist handelt es sich um gefässreiche Missbildungen, Tumore oder um muskulär bedingte Schallgeräusche. Der subjektive Tinnitus wird einzig durch die betroffene Person gehört und stellt die weitaus häufigste Form dar. Eine weitere Umschreibung geht dahin, dass dieser eine auditorische Empfindung ist, die ohne äussere akustische oder elektrische Reizung entsteht und die keinen subjektiven Informationsgehalt hat. Die genannten Definitionen unterscheiden sich bei genauer Betrachtung lediglich in begrifflicher, nicht aber in inhaltlicher Hinsicht. Gestützt auf diese medizinischen Lehrmeinungen gelangte das Bundesgericht in BGE 138 V 256 E. 5.8.3 zum Schluss, dass an der Annahme, der Tinnitus sei ein körperliches Leiden oder zumindest (zwingend) auf eine körperliche Ursache zurückzuführen, nicht festgehalten werden könne. Es wies darauf hin, dass in der medizinischen Lehre Einigkeit darüber bestehe, dass jedenfalls ein subjektiver Tinnitus nicht objektiv gemessen werden könne. Alle Untersuchungen würden nur auf eine "Vergleichbarkeit" abzielen. Dabei stünden die Kooperation des Patienten oder der Patientin und dessen bzw. deren volle Subjektivität im Mittelpunkt. Die Einstufung eines Tinnitus innerhalb gebräuchlicher Raster mit drei bis vier Schweregraden erfolge nicht aufgrund audiometrischer oder anderer Messungen, sondern nach der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung. Dementsprechend würden die Schweregrade des Tinnitus den subjektiven Leidensdruck wiedergeben und müssten nicht mit irgendwelchen Tinnitusparametern wie der subjektiven Lautheit oder mit audiologischen Messungen korrelieren. Der nur so bestimmbare Schweregrad könne demgemäss keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursache des Tinnitus bieten. Zusammenfassend kam das Bundesgericht zum Schluss, dass keine medizinisch gesicherte Grundlage bestehe, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn

(zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lasse sich nicht vom Schweregrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen. Das schliesse zwar nicht aus, dass ein Tinnitus in einer organischen Unfallfolge begründet sein könne. Es bestehe aber keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche (organische) Unfallfolge zurückzuführen ist, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten. Anders zu verfahren würde kausalrechtlich einer sachlich und rechtlich nicht begründbaren Bevorteilung des Tinnitus gegenüber anderen organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerdebildern entsprechen. In diesem Sinne sei die Rechtsprechung zu bereinigen.

E. 3

Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte (Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der versicherten Person, Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen schädigendem Ereignis und gesundheitlicher Störung) bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, 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 medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 4

Den medizinischen Akten des vorliegenden Falls lässt sich Folgendes entnehmen:

E. 4.1

Am 6. September 2018 berichtete Dr. med. D.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, von der Sprechstunde vom 27. August 2018. Als Diagnose hielt er eine commotio cerebri am 12. August 2018 mit intermittierendem Drehschwindel fest. Aktuell bestehe kein Hinweis für eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Die Patientin habe am 12. August 2018 beim Putzen durch ein niederfallendes Brett einen Schlag gegen die linke Kopfseite erhalten. Danach seien Kopfschmerzen aufgetreten und sie sei schlafen gegangen. Am nächsten Morgen sei sie mit persistierenden drückenden Kopfschmerzen linksseitig sowie mit einem intermittierenden Drehschwindel aufgewacht. Seither würden drückende Kopfschmerzen, aktuell eher rechtsseitig, von der Intensität her langsam regredient, persistieren. Zudem werde ein rauschend-pfeifender Tinnitus beidseits wahrgenommen. Ebenso persistiere ein intermittierender Drehschwindel, welcher beim Hinlegen sowie Aufrichten auftreten würde, inzwischen aber ebenfalls langsam regredient sei. Dieser sei teilweise begleitet von Übelkeit, Erbrechen sei bisher nicht aufgetreten. Keine begleitende Hörminderung, keine

Otalgie, keine Otorrhoe, keine Doppelbilder, keine Gangunsicherheit. Die Patientin habe sich am 14. August 2018 in der Praxis von Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vorgestellt. Da sich keine Prellmarke am Kopf gezeigt habe und die Hirnnerven-neurologie unauffällig gewesen sei, sei auf eine notfallmässige zentrale Bildgebung verzichtet worden.

E. 4.2

Dr. med. C.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, hielt in ihrem Bericht vom 6. September 2019 aufgrund der Tonaudiometrie vom 8. Mai 2019 als Diagnosen ein HWS-Syndrom und Schonhaltung bei Status nach Unfall vom 12. August 2018 mit SHT Grad I sowie einen Tinnitus beidseits mit Normakusis beidseits fest. Auffällig seien eine deutliche Schonhaltung der HWS und eine Kiefergelenksdysfunktion im Sinne eines schnappenden Kiefergelenks gewesen. Dr. C.____ verordnete Physiotherapie der HWS und des Kiefergelenks, welche per 30. Juli 2019 abgeschlossen werden konnte.

E. 4.3

Im Bericht über die Physiotherapie vom 5. Dezember 2019 wurde festgehalten, dass sie in einer weiteren Serie die Behandlung des Kiefergelenks wiederaufnehmen, weiter an der Zentrierung der Halswirbelsäule, der Tonusregulation der Schultergürtelmuskulatur sowie auch an der Haltung arbeiten könnten. Die Beschwerden könnten noch einmal stabiler reduziert und damit die Belastbarkeit der Patientin verbessert werden.

E. 4.4

Im Bericht von Dr. C.____ vom 11. Dezember 2019 wurde als Diagnose festgehalten: HWS-Syndrom und Tinnitus links > rechts bei Status nach Unfall vom 12. August 2018 mit SHT Grad I und Normalhörigkeit beidseits. Klinisch wurde betreffend Kiefergelenk weiter festgestellt: schmerzbedingt deutlich eingeschränkte Mundöffnung, Druckschmerz linkes Kiefergelenk, schnappende Schlittenbewegungen bei Mundöffnung.

E. 4.5

Dr. med. F.____, FMH Praktischer Arzt, berichtete am 4. März 2020 zu Handen der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin, die Versicherte leide nach einer commotio cerebri an einem HWS-Syndrom und einer Kiefergelenksproblematik links. Es handle sich um organisch bedingte Beschwerden, welche ohne Dazutun des Unfallereignisses überwiegend wahrscheinlich nicht zum aktuellen Zeitpunkt aufgetreten wären und das Ereignis dafür geeignet gewesen sei. Die physiotherapeutischen Behandlungen hätten zu einer Verbesserung der HWS-Problematik und der Kiefergelenksproblematik geführt. Beim Tinnitus sei die Therapie erschwert: Die Tatsache, dass der Tinnitus aber durch die physiotherapeutische Verbesserung im Kiefergelenk wie auch des HWS-Befundes besser geworden sei, weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine peripher organische Ursache des Tinnitus hin. Anhaltspunkte für eine psychiatrische Krankheit lägen in den Akten nicht vor. Unter diesen Umständen könne aus versicherungsärztlicher Sicht die Einstellung der medizinischen Massnahmen nicht nachvollzogen werden. Im konkreten Fall und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen sei aus versicherungsärztlicher Sicht die Terminierung der SWICA zum verfügbaren Zeitpunkt nicht nachvollziehbar, insbesondere auch weil im konkreten Fall mit einer sehr guten Prognose bei guter Führung des Falles durch die Unfallversicherung zu rechnen sei. Mit einem Dauerschaden sei unter Berücksichtigung des letzten Physiotherapieberichtes nicht zu rechnen. Aus versicherungsärztlicher Sicht sei mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle

eine Behandlung und Beobachtung im Rahmen von ca. zwei Jahren nachvollziehbar.

E. 4.6

Im Physiotherapiebericht vom 7. April 2020 wurde festgehalten, dass die Versicherte nun, unter anderem auch durch ihre sehr gute Compliance, nahezu schmerzfrei sei und keine Ohrgeräusche mehr habe. Es gehe ihr momentan sehr gut. Sie hätten in der zweiten Therapieserie noch einmal nachhaltig an den Dysbalancen der gesamten Nacken-/Kopf- und Kieferregion arbeiten und die Heimübungen verinnerlichen können, sodass sie die Beschwerden nun hoffentlich langfristig kontrollieren könne.

5.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, der medizinische Endzustand sei Ende Juli 2019 noch nicht erreicht gewesen, sodass die Voraussetzungen für eine Einstellung der vorübergehenden Leistungen im genannten Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen seien.

5.2 Die vorübergehenden Leistungen wie Taggelder und Heilbehandlung hat der Unfallversicherer - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was darunter zu verstehen ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei muss die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). Trifft dies nicht mehr zu und ist ein Endzustand eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen, 134 V 109 E. 4.1).

5.3 Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht. Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt. Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch dann vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob ursprünglich davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftreten. Diese Frage ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 4.1 und vom 26. August 2008, 8C_433/2007, E. 2.3, je mit Hinweisen).

5.4 Sind die geltend gemachten Beschwerden unter dem Titel Grundfall zu prüfen, obliegt es dem Versicherer darzutun, dass diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt. Die blossе Möglichkeit genügt nicht. Sind die

Beschwerden jedoch im Rahmen eines Rückfalles oder als Spätfolge zu prüfen (Art. 11 UVV), stellt sich die Frage, ob eine leistungsbegründende natürliche Kausalität gegeben ist. Die Beweislast liegt hier bei der versicherten Person. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2018, 8C_414/2017, E. 2.2; RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3).

5.5 Es trifft zu, dass den Akten kein formeller Fallabschluss zu entnehmen ist. Jedoch kann, wie in E. 5.3 dargelegt, ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob ursprünglich davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftreten. Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 12. August 2018 ab 19. August 2018 wieder zu 100% arbeitsfähig war und die Behandlungen per 27. August 2018 abgeschlossen wurden. Erst ab Mai 2019 fanden wieder physiotherapeutische Behandlungen ohne Arbeitsunfähigkeit statt. Für den Zeitraum vom 27. August 2018 bis Mai 2019 sind in den Akten keine Behandlungen dokumentiert. Danach durfte die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgehen, dass keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftrete und den Fall (formlos) abschliessen. Es ist somit vorliegend von einem Rückfall auszugehen. Demzufolge obliegt es der Beschwerdeführerin, den Beweis für die leistungsbegründende natürliche Kausalität zu erbringen. Allerdings kann offenbleiben, ob die Beschwerdeführerin diesen Beweis zu erbringen vermag, denn so oder so war aufgrund der 100%-igen Arbeitsfähigkeit mit weiteren Behandlungen keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr möglich und somit gemäss Rechtsprechung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Der medizinische Endzustand war mithin spätestens am 30. Juli 2019 eingetreten. Dies ergibt sich auch aus den Berichten über die Physiotherapie vom 5. Dezember 2019 sowie vom 7. April 2020. Weder die Stabilisierung des bereits Erreichten (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2008, 8C_402/2007, E. 5.1.2.2) noch die Verinnerlichung der Heimübungen stellt eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands im Sinne des Gesetzes oder der Rechtsprechung dar. Nach dem Gesagten wurde der Fallabschluss bzw. die Adäquanzprüfung zu Recht spätestens per 31. Juli 2019 vorgenommen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gemäss UVG ohnehin noch darüber hinaus erbracht und nicht zurückgefordert wurden. Unter den geschilderten Umständen durfte die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 31. Juli 2019 vornehmen.

6.1 Ob der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzte natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. August 2018 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu bejahen ist, kann letztlich offen bleiben. Wie im Folgenden zu zeigen ist, fehlt es vorliegend nämlich an dem für die Bejahung einer Leistungspflicht - zusätzlich zur natürlichen Unfallkausalität - erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Versicherten und dem am 12. August 2018 erlittenen Unfall.

6.2.1 Im Rahmen der Adäquanzprüfung ist als Erstes zu klären, ob diese nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) oder nach der Schleudertrauma-Praxis, welche bei Schleudertraumata der Halswirbelsäule und analog bei

äquivalenten Verletzungsmechanismen sowie Schädel-Hirntraumata mit entsprechenden Verletzungen zur Anwendung gelangt (BGE 134 V 109 und 117 V 259), zu erfolgen hat.

6.2.2 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall zum einen eine commotio cerebri. Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer commotio cerebri - nicht im Grenzbereich zu einer contusio cerebri (Gehirnprellung) - erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Eine commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung resp. für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die contusio cerebri ist eine fokale Gewaltanwendung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Urteile des Bundesgerichts vom 24. August 2020, 8C_386/2020, E. 4.3.2 und vom 18. April 2016, 8C_75/2016, E. 4.2, je mit weiteren Hinweisen). Die HWS- und die Kiefergelenksproblematik werden von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren zwar nicht (mehr) als leistungsbegründende Beschwerden aufgeführt. Aus den Akten geht denn auch nicht hervor und es bestehen diesbezüglich keine bildgebenden Befunde, dass sie eine Verletzung im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erlitten hätte. Folglich ist eine Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis vorzunehmen. Zum anderen leidet die Beschwerdeführerin an einem Tinnitus. Diesbezüglich ist streitig und zu prüfen, ob dieser eine objektiv nachweisbare, organische Unfallfolge darstellt. Weder für den Tinnitus selber noch für die als Ursache für den Tinnitus in den Arztberichten genannten Diagnosen des HWS-Syndroms und der Kiefergelenksdysfunktion liegen apparative, bildgebende Abklärungen vor. Ausserdem kann die Versicherte sowohl gemäss dem Tonaudiogramm vom 27. August 2018 als auch gemäss dem Tonaudiogramm vom 8. Mai 2019 normal hören, der Tinnitus ist mithin nicht mit einer Hörstörung verbunden. Gemäss dem Bundesgericht besteht zudem keine medizinisch gesicherte Grundlage, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Es besteht keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche (organische) Unfallfolge zurückzuführen ist, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten. Demnach ist der Tinnitus nicht objektivierbar, weshalb sich auch in Bezug auf dieses Leiden eine Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis ergibt.

6.2.3 Insgesamt liegen jedenfalls keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen vor, weshalb die Adäquanzprüfung nachfolgend nach der Psycho-Praxis zu erfolgen hat.

6.3.1 Danach setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung der Unfälle in drei Gruppen zweckmässig erscheint: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6). Während bei leichten bzw. banalen Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon

ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Folgen bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6c/aa) zu nennen: • besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; • die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; • ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; • körperliche Dauerschmerzen; • ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; • schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; • Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Das trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychische Fehlreaktion mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb).

6.3.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid gelangte die Beschwerdegegnerin zur Auffassung, dass es sich beim Unfall vom 12. August 2018 allerhöchstens um einen mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen handelt. Diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden. Demgemäss müsste ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder es müssten mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sein, damit die Adäquanz bejaht werden könnte (BGE 115 V 133 E. 6c/bb).

6.3.3 Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass vorliegend keines dieser Kriterien erfüllt ist. Beim vorliegenden Ereignis liegen weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles vor. Weder das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, noch das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung, noch das Kriterium der erheblichen Beschwerden, noch das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, noch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erhebliche Komplikationen ist erfüllt. Auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist

vorliegend nicht erfüllt, zumal ab 19. August 2018 bereits wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestand. Die Versicherte bringt in ihrer Beschwerde denn auch keinerlei Argumente vor, welche die Richtigkeit der vorinstanzlichen Adäquanzbeurteilung in Frage stellen könnten. 6.3.4 Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Versicherten und dem am 12. August 2018 erlittenen Unfall in Anwendung der sogenannten Psycho-Praxis zu Recht verneint hat. Der Bericht von Dr. F._____ vom 4. März 2020 vermag daran nichts zu ändern, da dieser ohnehin nur die natürliche Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis umschreibt. Wie bereits erwähnt, kann jedoch die Frage nach dem Vorliegen der natürlichen Kausalität offengelassen werden. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zwar bereits per 31. Juli 2019 verfügt, aber zuvor Leistungen bis zum 27. März 2020 erbracht hat. Lediglich ein paar Tage später, mithin am 7. April 2020, hat sodann die Physiotherapeutin ohnehin in ihrem Bericht festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nahezu schmerzfrei sei und keine Ohrgeräusche mehr habe. Die im vorliegenden Verfahren zentrale Frage, ob der Fallabschluss Ende Juli 2019 korrekt gewesen ist, ist demnach ohnehin nur theoretischer Natur, da die Versicherte weit über diesen Zeitpunkt hinaus Leistungen erhalten hat. Abschliessend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen - unabhängig davon, ob es sich um den Unfall oder einen Rückfall handelt - per 31. Juli 2019 einstellen durfte, zumal der adäquate Kausalzusammenhang in beiden Fällen zu verneinen ist.

E. 7

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, der Versicherten im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. August 2018 über den 31. Juli 2019 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 31. August 2020 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 8

Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (Art. 83 ATSG) hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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