

BL_GERICHTE 725 22 56 / 29 vom 2. Februar 2023

BL Gerichte, 2023-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_22_56___29

FR: BL_GERICHTE 725 22 56 / 29 du 2 février 2023

IT: BL_GERICHTE 725 22 56 / 29 del 2 febbraio 2023

Regeste

Leistungen

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 02.02.2023 725 22 56 / 29 (725 2022 56 / 29)

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 2. Februar 2023 (725 22 56 / 29) Unfallversicherung Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Verkehrsunfall, bei welchem der von der versicherten Person gelenkte Kleinwagen beim Anfahren von einem Sattelmotofahrzeug seitlich erfasst und um 150° gedreht wurde, und den psychischen Beeinträchtigungen sowie den Rückenbeschwerden. Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler Parteien A. , Beschwerdeführerin, vertreten durch Christoph Rudin, Advokat, Falknerstrasse 36, Postfach 191, 4001 Basel gegen AXA Versicherungen AG , Rechtsdienst, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen A. Die 1985 geborene A. war vom 28. Oktober 2013 bis 30. Januar 2021 bei der B. GmbH als Pflegeassistentin angestellt. Über ihre Arbeitgeberin war sie bei der AXA Versicherungen AG (AXA) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 15. Mai 2019 erlitt sie einen Verkehrsunfall und verletzte sich dabei an der Halswirbelsäule (HWS). Auf dem Rücksitz des von der Versicherten gelenkten Autos sass ihre damals 7-jährige Tochter. Zum Unfallzeitpunkt befand sich die Versicherte in der 26. Schwangerschaftswoche. Sie wurde von der Sanität in die Notfallstation des Spitals C. und ihre Tochter in das Spital D. überführt. Die Tochter der Versicherten konnte das Spital D. am Unfalltag unverletzt verlassen. Am gleichen Tag wurde die Versicherte aufgrund ihrer Schwangerschaft in die Frauenklinik des Spitals C. zur Untersuchung überwiesen. Nachdem aus geburtshilflicher Sicht keine auffälligen Befunde festgestellt werden konnten, wurde die Versicherte am 18. Mai 2019 nach Hause entlassen (vgl. Bericht des Spitals C. vom 20. Mai 2019). Fünf Tage nach dem Unfall am 20. Mai 2019 erlitt sie beim Abendessen bei Bekannten eine Synkope und eine Dyspnoe. Aufgrund dieses Ereignisses suchte sie die Notfallstation des Spitals C. auf. Zur weiteren Observation wurde sie in die Frauenklinik des Spitals C. verlegt. Während des dortigen stationären Aufenthalts vom 20. Mai 2019 bis 23. Mai 2019 nahm die Versicherte auch eine psychosomatische Betreuung in Anspruch (vgl. Bericht des Spitals C. vom 21. Mai 2019). Aufgrund eines Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung wurde die Versicherte ab 27. Juni 2019 in der Klinik E. behandelt. Dort wurde die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Status Autounfall am 15. Mai 2019 bestätigt (vgl. Bericht der Klinik E. vom 3. Oktober 2019). Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. B. Mit

Verfügung vom 15. Dezember 2020 stellte die AXA die Leistungen gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. med. F., FMH Neurologie, vom 15. Mai 2020 per 1. Juni 2020 ein mit der Begründung, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang 6 Monate nach dem Unfallereignis, d.h. über den 15. November 2019 hinaus, zu verneinen sei. Selbst wenn die natürliche Kausalität ab diesem Zeitpunkt zu bejahen wäre, sei der adäquate Kausalzusammenhang per 1. Juni 2020 nicht mehr gegeben. Eine dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache wies die AXA mit Entscheid vom 7. Januar 2022 ab. Zusammenfassend wurde darin festgehalten, dass der medizinische Endzustand spätestens per 31. Mai 2020 erreicht worden sei und ab dem 1. Juni 2020 mangels adäquaten Kausalzusammenhangs kein Leistungsanspruch bestehe. C. Hiergegen erhob A., vertreten durch Advokat Christoph Rudin, mit Eingabe vom 9. Februar 2022 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien ihr die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen über den 31. Mai 2020 hinaus weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden bzw. neuen medizinischen Beurteilung resp. zur Abklärung der beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen und zur Neubeurteilung der Leistungsansprüche an die Vorinstanz zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen sei. In der Begründung wurde vor allem die Beweistauglichkeit der Aktenbeurteilung von Dr. F. vom 15. Mai 2020 beanstandet. Zum Beurteilungszeitpunkt habe Dr. F. die nach seiner Beurteilung erfolgten, jedoch schon lange von der behandelnden Ärzteschaft empfohlenen Massnahmen, insbesondere die stationäre Behandlung in der G. AG vom 9. bis 23. August 2021, noch nicht berücksichtigen können. Diese Massnahmen seien aufgrund der Schwangerschaft und Mutterschaft der Versicherten sowie der durch die Covid-19-bedingte Auslastung der Spitäler verspätet durchgeführt worden. Damit sei die Aktenbeurteilung vom 15. Mai 2020 infolge der unvollständigen Aktenlage verfrüht erfolgt. Ausserdem sei der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den immer noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über den 31. Mai 2020 hinaus zu bejahen. Da die Kriterien der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, der dramatischen Begleitumstände, der langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen und der immer noch bestehenden teilweisen Arbeitsunfähigkeit erfüllt seien, sei auch der adäquate Kausalzusammenhang gegeben. D. Mit Verfügung vom 10. Februar 2022 bewilligte das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts der Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung. E. Die AXA schloss in ihrer Vernehmlassung vom 12. Mai 2022 auf Abweisung der Beschwerde. F. In der Replik vom 14. Juni 2022 hielt die Versicherte, weiterhin vertreten durch Advokat Christoph Rudin, an ihren Rechtsbegehren und im Wesentlichen an ihren Ausführungen fest. G. Am 16. Juni 2023 wurden die Strafakten und das Aktendossier der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) beigezogen. H. Die Versicherte liess am 18. Juli 2022 durch ihren Rechtsvertreter den Bericht von Dr. med. H., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Juli 2022 und eine Bestätigung der G. AG betreffend Physiotherapiebehandlungen für die Zeit vom 31. August 2021 bis 3. September 2022 einreichen. I. In ihrer Stellungnahme vom 24. August 2022 hielt die AXA nach Einsicht in die beigezogenen Akten und den von der Versicherten am 18. Juli 2022 eingereichten Unterlagen am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 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 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y., weshalb 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 der Versicherten vom 9. Februar 2022 ist demnach einzutreten.

2.1 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 Unfalls 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 Unfalls 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 (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 Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. Medizinische Vorkehren, welche lediglich einer vorübergehenden Schmerzlinderung dienen und keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirken, sind vom Unfallversicherer nicht zu übernehmen, auch wenn es sich erwiesenermassen um Unfallfolgen handelt. Der Gesundheitszustand der versicherten Person muss prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteile des Bundesgerichts vom 7. September 2017, 8C_142/2017, E. 4 und vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche 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 (vgl. 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 143 V 124 E. 2.2.2).

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). 3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So ist 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, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichts-gutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4., mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2021, 8C_750/2020, E. 4 mit Hinweisen).

4. Die AXA hat ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 15. Mai 2019 anerkannt und die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) bis 31. Mai 2020 ausgerichtet. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. F. vom 15. Mai 2020 ging sie davon aus, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der geltend gemachten Beschwerden längstens sechs Monate, d.h. bis zum 15. November 2019, bejaht werden könne. Spätestens nach einem Jahr sei der adäquate Kausalzusammenhang nicht mehr gegeben. Da sie bereits bis 31. Mai 2020 Heilbehandlungskosten übernommen und Taggelder abgerechnet hatte, erklärte sie sich entgegenkommenderweise bereit, ihre

Leistungspflicht bis Ende Mai 2020 anzuerkennen (vgl. Schreiben vom 19. Mai 2020). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden (vgl. zur Einstellung der Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern mit Wirkung ex nunc et pro futuro: BGE 130 V 380 E. 2.3.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2020, 8C_319/2020, E. 6.4). Damit ist zu prüfen, ob die Versicherte aus dem Unfall vom 15. Mai 2019 über den 31. Mai 2020 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist als Erstes zu beurteilen, ob die AXA zu Recht von einem Endzustand ausgegangen ist und die vorübergehenden Leistungen per 31. Mai 2020 eingestellt hat.

5.1. Aus den Akten ergibt sich, dass bei der Versicherten am Unfalltag eine Sonografie des Abdomens und eine Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS durchgeführt wurde. Dabei konnten keine auffälligen Befunde festgestellt werden (vgl. Berichte des Spitals C. vom 15. und 16. Mai 2019). Dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 18. Mai 2018 ist zu entnehmen, dass die Versicherte 10 Minuten nach dem Unfall Schmerzen im Nacken und in der Schulter sowie Schwindel verspürt habe. Ausserdem gab sie Panik und Atmungsprobleme an. Nach drei Tagen habe sie an starken Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen gelitten. Zudem habe ein Stauchungsschmerz ohne Ausstrahlung bestanden. In psychischer Hinsicht habe sie Angst, Schlafstörungen und eine Reaktion mit Weinen angegeben, sobald sie an den Unfall denke. Die Ärzteschaft des Spitals C. diagnostizierte eine HWS-Distorsion Grad I. Es wurden Medikamente und Bettruhe verordnet (vgl. Bericht vom 20. Mai 2019). Nachdem die Versicherte am 20. Mai 2019 beim Abendessen das Bewusstsein verloren hatte, wurde sie im Spital C. erneut, unter anderem auch neurologisch, untersucht. Die zuständigen Neurologen führten am 21. und 22. Mai 2019 aus, dass sie bei der klinischen Untersuchung eine diskrete Hyposensibilität am rechten Arm und am Rumpf ab Höhe Th4 sowie einen ausgeprägten Muskelhartspann an der HWS und eine schmerzbedingte Einschränkung bei der Schulterbewegung bei erhaltener Kraft festgestellt hätten. Die MRT der ganzen Wirbelsäule vom 22. Mai 2019 zeigte keine Einblutungen ins Myelon; ein spinales Hämatom konnte nicht nachgewiesen werden. Es wurden Schmerzmedikamente, Wärmeapplikationen mit warmen Bädern und Physiotherapie verordnet (vgl. Bericht vom 23. Mai 2019).

5.2. Gemäss Bericht der behandelnden Physiotherapeutin I. vom 29. August 2019 begann die Versicherte die Physiotherapie am 12. Juni 2019. Aufgrund der Schwangerschaft hätten nicht alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Massnahmen ergriffen werden können. Zudem sei es aufgrund der Geburt der Tochter ab 31. August 2019 zu einem Behandlungsunterbruch gekommen. Ferner bestätigte sie, dass sie die Versicherte seit Oktober 2018 wegen berufsbedingten Beschwerden an der Lendenwirbelsäule behandle (vgl. auch Bericht der damaligen Hausärztin der Versicherten, Dr. med. J., FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Oktober 2021).

5.3 Dr. J. führte in ihrem undatierten Bericht (Eingang bei der AXA: 17. September 2020) aus, dass die Versicherte am 21. Juni 2019, also rund einen Monat nach dem Unfallereignis, über Schmerzen in der rechten Hand, im Nacken sowie im Schulter- und Rückenbereich geklagt habe. Sie habe muskuläre Verspannungen im Nacken-, Schulter- und Rückenbereich feststellen können. An der rechten Hand habe sich eine typische Schmerzsymptomatik bei s) Tendovaginitis de Quervain (= Sehnenscheidenentzündung auf der Daumenseite des Handgelenk gezeigt. Zwei Wochen nach der Geburt der Tochter hätten diese Beschwerden immer noch bestanden. Da die physiotherapeutischen Behandlungen nicht erfolgreich gewesen seien, werde nun eine Craniosakraltherapie durchgeführt. Am 3. Dezember 2019 berichtete die Hausärztin immer noch über Verspannungen im Bereich des Nackens und

über Schulterschmerzen sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Die Versicherte habe häufig Schwindel sowie Kopfschmerzen und sei seit dem Autounfall psychisch angeschlagen. Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit vom 9. Dezember 2019 bis 5. Januar 2020. Anschliessend finde eine Neubeurteilung statt. Sie hoffe, dass die Versicherte ihre Arbeit bei ihrer Arbeitgeberin mit einem Pensum von 10 % bis 20 % aufnehmen könne. Das Ziel sei, die Arbeitsfähigkeit alle 2 – 3 Wochen um 10 % zu steigern.

5.4 In psychischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. K. , stellvertretende Oberärztin der Klinik E. , am 31. Oktober 2019 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Im psychopathologischen Befund hielt sie eine leichte Einschränkung des Gedächtnisses, in der Aufmerksamkeit und der Konzentration fest. Aktuell habe die Versicherte starke Ängste beim Autofahren, zeige ein Vermeidungsverhalten und habe Zukunftsängste. Sie sei labil, gereizt, innerlich unruhig und erschöpft. Zudem beständen Gedankenkreisen bis Intrusionen, Antriebslosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen und Schmerzen im Rücken sowie im Nacken. Seit Beginn der Behandlung am 27. Juni 2019 habe sich keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik gezeigt. Grundsätzlich sei bei intensiver Psychotherapie und gegebenenfalls medikamentöser Therapie mit einer Verbesserung der Symptomatik und der Wiedererlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Da die Versicherte bei vier Kindern familiär eingespannt und erschöpft sei sowie aufgrund des Unfallereignisses nicht mehr mit dem Auto fahren könne, fänden nur alle drei Wochen Gespräche statt. Die Versicherte sei zurzeit zu 100 % arbeitsunfähig. Grundsätzlich sei mit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Da die Versicherte nebst den psychischen Beschwerden auch an körperlichen Beeinträchtigungen leide, könne nicht bestimmt werden, ab welchem Zeitpunkt wieder eine Arbeitsfähigkeit bestehe.

5.5 Gemäss Bericht der Physiotherapeutin, L. , vom 20. März 2020 habe seit Oktober 2019 mit einer funktionellen Bewegungstherapie, einer manuellen Therapie, einer Atemtherapie, einer Wahrnehmungsschulung, einer Craniosakraltherapie und einer Osteopathie lediglich eine geringe Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule erreicht werden können.

5.6 Seit dem 11. Dezember 2019 steht die Versicherte bei Dr. med. M. , FMH Allgemeine Innere Medizin, in hausärztlicher Behandlung. Er hielt in seinem Bericht vom 29. März 2020 fest, dass die Versicherte weiterhin über deutliche Schmerzen im Nacken und praktisch am ganzen Rücken klage. Bei seiner Untersuchung stellte er einen muskulären Hartspann und eine Druckdolenz vor allem nuchal fest. Zudem äusserte er einen Verdacht auf eine depressive Episode nach dem Unfall vom 15. Mai 2019. Es bestehe eine Besserungstendenz vor allem in psychischer Hinsicht. Er schrieb die Versicherte in der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

5.7 Der beratende Arzt der AXA, Dr. F. , nahm am 15. Mai 2020 eine Aktenbeurteilung vor. Dabei stellte er fest, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sechs Monate nach dem Unfall fraglich sei. Somatisch sei der Verlauf nach einer HWS-Distorsion Grad I bis maximal Grad II ohne dokumentierte strukturelle Läsionen nicht nachvollziehbar. Es sei zwar möglich, dass durch das HWS-Distorsionstrauma eine vorübergehende Beschwerdeexazerbation eingetreten sei. Eine solche halte bei einem Distorsionstrauma bei Grad I etwa 6 Wochen und bei Grad II etwa 12 bis 24 Wochen an. Danach bestehe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr.

5.8 Dr. med. N. , FMH Rheumatologie und FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Innere Medizin, diagnostizierte am 16. Juni 2020 ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion ohne Hinweise auf Traumafolgen der HWS und im Bereich der ganzen Wirbelsäule, bei posttraumatischer Belastungsstörung nach dem Unfall mit depressiver

Komponente, bei ausgeprägter Haltungsinsuffizienz mit leicht S-förmiger Skoliose und ausgeprägter muskulärer Dysbalance. In der Beurteilung wies er darauf hin, dass eine radikuläre Reizung im Bereich der C8-Wurzel denkbar sei. Klare segmental-ab-grenzbare sensorische und signifikante motorische Ausfälle seien aber nicht feststellbar. Er verordnete Schmerzmedikamente und Physiotherapie mit Schwerpunkt auf Haltungsverbesserung und Reharmonisierung der Nackenmuskulatur. In seinem Bericht vom 4. August 2020 erweiterte er seine Diagnosestellung dahingehend, dass das zervikobrachiale Schmerzsyndrom ohne degenerative Veränderungen sei. Ausserdem beständen intermittierende untere Rückenschmerzen bei rechtskonvexer Skoliose und lumbaler Hyperlordose sowie beginnenden Spondylarthrosen L4/5/S1. Die Versicherte berichtete über unveränderte Beschwerden. Sie beschreibe insgesamt sogar eher eine Ausweitung der Symptomatik und eine Neigung zur Passivität. Da sie auf die ambulante Behandlung nicht anspreche, empfehle er aufgrund der psychosozialen Belastung, der zunehmenden Chronifizierung und der Ausweitung der Beschwerden eine stationäre multimodale Behandlung. Dort könne die Versicherte mit einem intensiven physiotherapeutischen Aufbauprogramm, einer angepassten Schmerzmedikation, gegebenenfalls mit Schmerzinterventionen sowie einer intensiven psychologischen Schulung im Umgang mit den chronischen Schmerzen betreut werden. Weitere Konsultationen seien nicht vorgesehen.

5.9 Dr. K. berichtete am 25. August 2020, dass sich im Verlauf als Folgestörung der posttraumatischen Belastungsstörung eine depressive Episode mit Lust- und Freudlosigkeit, ein deutlich reduzierter Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen entwickelt hätten. Zudem bestehe eine Aggravation der Schmerzsymptomatik seit Anfang 2020. Aktuell gelte gemäss den hausärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen immer noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei ein erster Arbeitsversuch geplant. Eine Prognose betreffend die Arbeitsfähigkeit könne aktuell nicht gemacht werden.

5.10 Am 15. September 2020 prüften Dr. med. O., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. P., FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, im Auftrag der AXA nun als Krankentaggeldversicherer die Plausibilität der Arbeitsunfähigkeit. Dr. P. verneinte eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit und verwies im Wesentlichen auf die psychiatrische Problematik. Dr. O. kam in seinem undatierten psychiatrischen Bericht zum Schluss, dass gestützt auf die rheumatologischen Berichte von Dr. N. und der neurologischen Abklärungen im Spital C. somatische Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit auszuschliessen seien. In psychiatrischer Hinsicht beständen bei der Versicherten Einschränkungen in den Gedächtnisleistungen und der Konzentrationsfähigkeit, Grübeln, Anhedonie, Affektlabilität, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Angst, Einschränkungen im Antrieb und im Interesse, erhöhte Ermüdbarkeit, Gereiztheit, Hypervigilanz, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Verlust der Libido. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen leide sie an einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode, welche es der Versicherten verunmöglichten, ihre angestammte Tätigkeit auszuüben. Insbesondere könne sie nicht mehr selbstständig Autofahren, was für die Berufsausübung jedoch erforderlich sei. Mit Hilfe einer intensivierten Psychotherapie könne die Arbeitsfähigkeit erhöht werden. Er gehe davon aus, dass noch für acht Wochen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Danach sei die Versicherte für vier Wochen 75 % und nach weiteren vier Wochen nur noch zu 50 % arbeitsunfähig.

5.11. Dr. K. hielt am 5. November 2020 fest, dass eine deutliche Stabilisierung der affektiven Lage stattgefunden habe. Die Versicherte sei nun in der Lage, vermehrt Auto zu fahren. Die Erschöpfung und die Einschlafstörungen, die Panik- und

Angstzustände sowie die Schmerzen seien jedoch weiterhin mit reduzierter Ausprägung vorhanden. Ab Januar 2021 starte sie einen Arbeitsversuch mit reduziertem Pensum. Gleichzeitig machte sie darauf aufmerksam, dass die Psychotherapie fortan von Dr. H. weitergeführt werde. 5.12. Dr. M. teilte am 9. Januar 2021 mit, dass die Versicherte für eine stationäre Schmerzbehandlung in der G. AG angemeldet sei. Auch wenn sich die Versicherte als nicht arbeitsfähig betrachte, gehe er davon aus, dass eine Teilarbeitsfähigkeit im Umfang von 25 % bis 50 % bestehe. Im Bericht vom 24. Februar 2021 führte er an, dass bei der Versicherten Druckdolenzen vor allem über der oberen HWS und der gesamten Rückenmuskulatur beständen. Ausserdem liege eine muskuläre Dysbalance bei leichter Skoliose und Niedergeschlagenheit vor. Aufgrund dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei der Versicherten die Ausführung einer leichten körperlichen Arbeit im Umfang von 4 – 6 Stunden zumutbar. In der angestammten Tätigkeit könne sie lediglich 2 – 4 Stunden arbeiten. Danach fanden keine hausärztliche Konsultation mehr statt (vgl. Bericht von Dr. M. vom 9. April 2022).

5.13 Vom 9. August 2021 bis 23. August 2021 hielt sich die Versicherte für eine Schmerzkomplextherapie stationär in der G. AG auf. Die behandelnde Ärzteschaft diagnostizierte in ihren Berichten vom 13. und 20. August 2021 im Wesentlichen ein chronifiziertes zervikobrachiales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom rechts mit multifaktorieller Ätiologie nach Status bei HWS-Distorsion nach Autounfall am 15. Mai 2019 ohne pathologische Befunde, ein Hyperlaxizitätssyndrom mit generalisierten Arthralgien, eine Rumpfinstabilität, depressive Episoden und eine posttraumatische Belastungsstörung nach Autounfall sowie einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bei chronischer Schmerzstörung sowie Reizdarmsyndrom. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, dass die Schmerzen auf muskuloligamentäre Veränderungen mit nachfolgender Körperfehlstellung akzentuiert im Schultergürtel zurückzuführen seien. Zudem leide die Versicherte an Myogelosen mit thorakovertebralen Schmerzen. Das moderate Hyperlaxizitätssyndrom könne die Arthralgien und die Myalgien teilweise erklären. Dank der psychiatrischen Behandlungen hätten sich der Gemütszustand und die Coping-Strategien verbessert.

5.14 Dr. H. bestätigte in seinem Bericht vom 6. September 2021, dass er die Versicherte seit dem 21. Januar 2021 behandle. Er diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10). Die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt und es fehle der Antrieb. Es beständen eine Dünnhäutigkeit, eine Angst vor der Zukunft, eine Vergesslichkeit, eine Impulsivität auf verbaler Ebene, Schlafstörungen und eine gedrückte Stimmung. Die Versicherte sei deswegen vollständig arbeitsunfähig. Am 13. Juni 2021 berichtete er bei gleicher Diagnose über eine verschlechterte Psychopathologie. Trotz Einnahme der Höchstdosis von Valdoxan habe sie erhebliche Schlafstörungen. Aus diesem Grund nehme sie nun ein niederdosiertes Neuroleptikum ein. Ausser der depressiven Symptomatik klage die Versicherte über starke Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine. Sie verfüge aber über genügend Ressourcen für eine Eingliederung. Schliesslich führte Dr. H. in seinem gegenüber dem Rechtsvertreter gerichteten Schreiben vom 4. Juli 2022 aus, dass die aktuell mittelgradige depressive Störung teilweise auf den Unfall vom 15. Mai 2019 zurückzuführen sei. Zur Begründung gab er an, dass kurz nach dem Unfall eine posttraumatische Belastungsstörung aufgetreten sei, welche sich im Verlauf der Jahre zu einer mittelgradigen depressiven Episode entwickelt habe. Die Flashbacks, das Vermeiden des Unfallortes und die Alpträume fänden immer noch statt, jedoch nicht mehr in gleichem Ausmass wie unmittelbar nach dem Unfall. Die aktuelle depressive Symptomatik sei gekennzeichnet durch eine gedrückte Stimmung, eine

Antriebsstörung, eine Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, eine chronische Ermüdung und eine Erschöpfung. 6.1 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die AXA per 31. Mai 2020 nicht zur Diskussion. Die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses beurteilt sich somit danach, ob in der Folge von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten erwartet werden konnte (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2019, 8C_674/2019, E. 4.2). 6.2. Aus den vorstehend geschilderten medizinischen Unterlagen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte geht klar hervor, dass bei der Versicherten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2020 keine somatischen Unfallfolgen vorlagen. Zwar sind die von der Versicherten geschilderten Beeinträchtigungen glaubhaft; sie sind jedoch nicht objektivierbar. Denn nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann erst dann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen hinreichend bestätigt werden können (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Daran ändert die von der Ärzteschaft des Spitals C. diagnostizierte HWS-Distorsion nichts, konnte sie hierfür doch keine bildgebenden objektiven Befunde nennen. Auch den übrigen ärztlichen Berichten sind keine Hinweise zu entnehmen, welche die anhaltenden Beschwerden objektiv erklären könnten. Weiter geht aus den ärztlichen Beurteilungen hervor, dass im Zeitpunkt der Einstellung von weiteren Behandlungen keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war. So wies die damalige Hausärztin, Dr. J., bereits im Juni 2019 auf eine Tendenz zur Chronifizierung der Verspannungssymptomatik hin (vgl. undatiertes Bericht). Im weiteren Verlauf schilderte die Versicherte die Symptome und die geklagten Schmerzen im Wesentlichen nahezu identisch und von gleicher Intensität. Es erstaunt daher nicht, dass der nachfolgende Hausarzt, Dr. M., trotz diverser Therapien keine Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes feststellen konnte. Im August 2020 sprach Dr. N. von unveränderten Beschwerden und von einer Ausweitung der Symptome. Die Behandlung der körperlichen Symptome beschränkte sich sodann auch nur auf manual- und physiotherapeutische sowie analgetische Therapien, von denen nur ein geringfügiger Erfolg zu erwarten war. Spezifische, fachärztliche Abklärungen, um den Ursachen der somatischen Beschwerden auf den Grund zu gehen, wurden keine vorgenommen. Zwar bestimmte keine medizinische Fachperson den Endzustand terminlich. Da jedoch in somatischer Hinsicht strukturelle Verletzungen mit der letzten MRT-Untersuchung vom 12. Oktober 2020 ausgeschlossen wurden und die Therapie in Form von Physiotherapie (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2022, 8C_604/2021, E. 9.2 und 10.2) und Schmerzmitteln keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit bewirkten, durfte die AXA die Übernahme der Heilbehandlungskosten und die Ausrichtung der Taggelder per 31. Mai 2020 einstellen. Dies insbesondere auch unter dem Aspekt, dass Behandlungs- oder Therapievorschläge fehlen, die eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen würden. Auch bei einem Einbezug der psychiatrischen Problematik ist der Fallabschluss nicht verfrüht erfolgt. Zwar berichtete Dr. M. in seinem Bericht vom 29. März 2020 von einer geringen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes. Am 6. September 2020 führte er präzisierend aus, dass die verschiedenen Massnahmen zwar zu einer Stabilisierung geführt hätten; eine eindeutige Besserungstendenz habe sich aber nicht gezeigt. Gemäss Dr. K. betraf die Stabilisierung den Nachtschlaf, den Affekt und den Antrieb. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass seit

Anfang 2020 eine Aggravation der Schmerzsymptomatik vorliege (vgl. Bericht von vom 25. August 2020). Dr. K. sprach jedoch nie davon, dass von einer weiteren Behandlung der Gesundheitszustand wesentlich verbessert werden könne. Aus der Tatsache, dass sie es unterliess, eine Prognose über die Arbeitsfähigkeit zu machen, ist der Schluss zu ziehen, dass die im Jahr 2020 festgestellte leichte Verbesserung des psychischen Zustandes keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten hatte, was aber für die Bejahung einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes erforderlich wäre. Daran ändern auch die Beurteilungen von Dr. H. nichts, behandelte er doch die Versicherte erst nach dem Fallabschluss per Ende Mai 2020, weshalb auf seine Berichte nicht weiter eingegangen werden kann, zumal er nicht in Aussicht stellte, dass durch weitere psychiatrische Behandlungen die Arbeitsfähigkeit erhöht werden könne. Damit darf sowohl aus somatischer als auch aus psychischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der medizinische Endzustand per 31. Mai 2020 erreicht war.

6.3 Die Versicherte kann aus ihren Vorbringen nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zwar ist ihr zuzustimmen, dass sich der vertrauensärztliche Bericht von Dr. F. vom 15. Mai 2020 und die Aktenbeurteilung der Dres. O. und P. vom 15. September 2020 – entgegen der Ansicht der AXA – als nicht zuverlässig genug erweisen, um darauf abstellen zu können. Deren Ausführungen sind letztlich zu kurz und zu oberflächlich ausgefallen, um eine verlässliche Beurteilung der Leistungspflicht der AXA vorzunehmen. Demgegenüber ist ihr Einwand, wonach sie über den 31. Mai 2020 hinaus an fortbestehenden Beschwerden leide, weshalb der Status quo sine am 1. Juni 2020 nicht erreicht sei, nicht stichhaltig. Dass der Status quo sine im Zeitpunkt der Einstellung noch nicht vorlag, steht einem Fallabschluss nicht entgegen. Denn beim Fallabschluss geht es nicht darum, dass sich ein Gesundheitszustand soweit verbessert, bis wieder der Zustand wie vor dem Unfall (Status quo ante) oder ein Gesundheitszustand vorliegt, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf früher oder später auch ohne den Unfall eingestellt hätte (Status quo sine). Es ist auch nicht von Bedeutung, ob ein Endzustand der medizinischen Behandlung eingetreten ist, mithin um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung. Massgebend ist allein, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine medizinische Behandlung mehr zur Diskussion stand, von welcher eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheits-schadens hätte erwartet werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 8C_639/2014, E. 3), was vorliegend der Fall ist.

7.1 Für weitere Leistungen über den Fallabschluss hinaus wie eine Rente oder eine Integritätsentschädigung hat der Unfallversicherer nur aufzukommen, wenn zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität von Unfällen mit Beeinträchtigungen der 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 359 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 gegeben, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und innert der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden seit dem Unfall (RKUV 2000 Nr. U 359, S. 29 E. 5e) die für diese Verletzung typische Beschwerdesymptomatik zumindest teilweise aufgetreten ist (BGE 117 V 369 E. 4a und E. 4b [diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und

Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Depression, Wesensveränderung usw.]). 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, vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) oder einem Schädel- Hirn-Trauma (BGE 134 V 109 und 117 V 369 E. 4a) beruhen.

7.2 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). Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen): Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 369 E. 4b), und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor, so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätze zu prüfen (sog. Schleudertrauma-Praxis). Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung der Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. (sog. Psycho-Praxis) entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 6.2.1, 117 V 359 E. 6a), während bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa). Als Ausnahme von diesen Regeln greift allerdings die auf die objektiven, physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild (vgl. dazu BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 382 E. 4b) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer vorhandenen, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen).

8.1 Die von der AXA aufgeworfenen Fragen bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs (buntes Beschwerdebild innerhalb von 72 Stunden nach Unfallereignis sowie Vorliegen eines ausgeprägten psychiatrischen Beschwerdebildes, welches ein allfälliges buntes Beschwerdebild in den Hintergrund treten lässt) können vorliegend offenbleiben, da eine Leistungspflicht der AXA über den 31. Mai 2020 hinaus mangels adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den Unfallereignissen und den geltend gemachten Beschwerden selbst nach der "Schleudertrauma-Praxis" zu verneinen ist (BGE 148 V 138 E. 5.1.2, 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2021, 8C_409/2021, E. 6.2).

8.2 Die Bejahung der Adäquanz nach der "Schleudertrauma-Praxis" setzt voraus, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom

augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen beziehungsweise leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Es handelt sich dabei um folgende Kriterien (BGE 134 V 109 E. 10.3):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung.

Dabei ist nicht in jedem Fall der Einbezug sämtlicher Kriterien in die Gesamtwürdigung erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen 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 der sieben unfallbezogenen Kriterien bejaht werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2018, 8C_414/2017, E. 3.4). Diese Qualifikation des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6b).

8.3.1. Die AXA hat den Unfall vom 15. Mai 2019 dem mittleren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugeordnet. Dem Polizeirapport vom 10. Juli 2019 ist zu entnehmen, dass der Lenker eines Sattelmotorfahrzeuges mit einem Sachtransportanhänger bei einer Lichtsignalanlage in Y. fälschlicherweise auf den Linksabbiegestreifen eingespurt sei und dort auf das Grünzeichen gewartet habe. Nachdem die Ampel auf Grün geschaltet habe, habe der Lenker des Sattelmotorfahrzeuges einen Fahrstreifenwechsel nach rechts eingeleitet. Dabei habe er den von der Versicherten gelenkten Smart übersehen, welcher korrekt unmittelbar neben dem Sattelmotorfahrzeug auf dem rechten Fahrstreifen gestanden habe und bei Grünlicht ebenfalls angefahren sei. Der Personenwagen der damals schwangeren Versicherten sei vom Sattelschlepper mit einer Geschwindigkeit von 24 km/h seitlich auf der Fahrerseite erfasst, von diesem mitgeschoben und dabei um 150° nach links abgedreht worden, bis er vor der Front des Sattelmotorfahrzeuges zum Stehen gelangt sei. Die Versicherte ist der Ansicht, dass das vorliegende Unfallereignis einen mittelschweren Unfall im engeren Sinn bzw. einen solchen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen darstelle.

8.3.2 Dieser Auffassung kann aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zugestimmt werden. Das Bundesgericht ordnete folgende Autounfälle dem mittelschweren Bereich im engeren Sinne zu: Ein Verkehrsunfall, bei welchem das Fahrzeug mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Urteil vom 5. Februar 2008, 8C_169/2007, E. 4.2), bei welchem ein Fahrzeug beim Überholen eines Lastwagens seitlich touchierte und sich überschlug (Urteil

vom 14. Januar 2008, 8C_743/2007, Sachverhalt und E. 3), beim welchem ein Fahrzeug von der Strasse abkam und sich überschlug (Urteil vom 29. Oktober 2007, U 213/06, Sachverhalt und E. 7.2), bei welchem ein Auto auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Urteil vom 15. März 2007, U 258/06, Sachverhalt und E. 5.2) oder bei welchem sich ein Fahrzeug bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug – wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde – und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil vom 16. Mai 2007, U 492/06, E. 4.2). Aufgrund der von der Versicherten und dem Polizei-protokoll beschriebenen Unfallsituation ist das Ereignis vom 15. Mai 2019 als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu betrachten. Es müssen somit vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein (vgl. Alexandra Rumo - Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich/Basel/Genf 2012, zu Art. 6 S.64). Selbst wenn das Ereignis zugunsten der Versicherten als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne (mittleren Bereich) gewertet würde, müssten von den massgebenden Kriterien entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder mindestens drei der sieben zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sein, was hier – wie sich in den folgenden Erwägungen zeigen wird – nicht der Fall ist (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2020, 8C_518/2019, E. 4.2).

8.4.1 Die Versicherte macht geltend, dass sich der hier in Frage stehende Unfall am frühen Abend bei dichtem Feierabendverkehr auf einer Autobahnzubringerbrücke zwischen einem Kleinwagen und einem Sattlerschlepper ereignet habe. Aufgrund dieser Gegebenheiten und des Grössenverhältnisses der involvierten Fahrzeuge sei der Unfall als eindrücklich zu bezeichnen. Auch die Begleitumstände seien angesichts der Tatsache, dass ihre Tochter auf dem Rücksitz im Unfallwagen mitgefahren sei, sie beide in verschiedene Spitäler gebracht worden seien, sie lange keine Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Tochter erhalten und sie sich grosse Sorgen um das ungeborene Kind gemacht habe, dramatisch gewesen. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Denn das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 mit Hinweisen). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind bei der Prüfung dieser Kriterien strenge Anforderungen zu stellen, weisen doch sämtliche als mittelschwer qualifizierte Unfälle eine gewisse Eindrücklichkeit auf (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2019, 8C_53/2019, E. 5.3). Es wird vorliegend nicht bestritten, dass der erlittene Unfall für die Versicherte mit grosser Angst und Sorge sowohl um ihre Tochter als auch um ihr ungeborenes Kind und sie selbst verbunden war. Ebenfalls wird anerkannt, dass es sich um ein für die Versicherte belastendes Ereignis handelte. Unter der von der Rechtsprechung geforderten objektiven Betrachtungsweise kann der Unfall vom 15. Mai 2019, so wie er sich vorliegend insgesamt zugetragen hat, jedoch nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezeichnet werden, womit diese Kriterien nicht erfüllt sind.

8.4.2 In Bezug auf die Schwere oder die besondere Art der erlittenen Verletzungen ist festzustellen, dass das Bundesgericht in BGE 134 V 127 E. 10.2.2 präzisierend festgehalten hat, dass allein die Diagnose eines Schleudertraumas der HWS dieses Kriterium nicht erfüllen kann. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Verletzungsbild typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Dabei kann es sich beispielsweise um eine beim Unfall

eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein. Solche Umstände sind vorliegend gemäss den Akten nicht gegeben. 8.4.3 Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung ist wesentlich, ob nach dem Unfall eine fortgesetzte spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Dieses Kriterium ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes resp. der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen, die nur der Erhaltung des Zustandes dienen, ärztliche Verlaufskontrollen und eine medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2012, 8C_150/2011, E. 9.2.4, 3, vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.4 und vom 11. Juli 2007, U 365/05, E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Im vorliegenden Fall ist es Tatsache, dass sich die Behandlung der Unfallfolgen aufgrund der Schwanger- und Mutterschaft sowie der Covid-Pandemie verzögerte. Die Versicherte wurde zudem sowohl neurologisch als auch rheumatologisch untersucht. Ausserdem befand sie sich während längerer Zeit in manualtherapeutischer (Osteopathie), physiotherapeutischer (klassische Physiotherapie, Craniosakraltherapie), psychiatrischer und psychotherapeutischer sowie medikamentöser Behandlung. Einige dieser Therapien nimmt sie noch heute in Anspruch. Es wurde auch mit der vom 9. August 2021 bis 23. August 2021 stattgefundenen stationären Schmerzbehandlung in der G. AG versucht, die Schmerzsymptomatik und den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern. Mit diesen Behandlungen sind jedoch weder die geforderte Intensität der ärztlichen Behandlung erfüllt, noch können die Behandlungen als belastend qualifiziert werden, zumal manualtherapeutische Behandlungen wie Physiotherapie, Craniosakraltherapie, Osteopathie etc. keine spezifischen ärztlichen Behandlungen im Sinne des Kriteriums darstellen (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2007, 8C_724/2008, E. 4.2.2). Ebenso wenig sind Abklärungen und ärztliche Kontrollen im Rahmen dieses Kriteriums zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, E. 9.3.3.). Der stationäre Aufenthalt in der G. AG zielte denn auch nicht auf eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit, sondern vielmehr auf einen verbesserten Umgang mit den chronischen Schmerzen ab (vgl. Bericht von Dr. N. vom 4. August 2020). Es fällt ohnehin auf, dass die behandelnde Ärzteschaft – sofern sie sich überhaupt dazu äusserte – keine verlässlichen Ausführungen zum weiteren Verlauf der Arbeitsfähigkeit machten. Aufgrund dieser Sachlage ist dieses Kriterium nicht erfüllt. 8.4.4 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist aufgrund der Individualität des Schmerzempfindens subjektiv ausgeprägt und deshalb zu objektivieren. Adäquanzrelevant können nur die in der Zeit zwischen dem fraglichen Unfallereignis und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Die Versicherte klagt seit dem Unfall ununterbrochen über körperliche Beschwerden, deren Intensität sich nie wesentlich verändert hat. Des Weiteren ist den Akten zu entnehmen, dass schon bald nach dem Unfallereignis psychische

Beeinträchtigungen auftraten, die sich zeitweise verbesserten, später aber wieder verschlechterten und heute dominieren. Dass die somatischen und psychischen Beschwerden zu einer gewissen Verminderung der Lebensqualität führten, wird nicht in Abrede gestellt. Ob es sich dabei um erhebliche Beschwerden im Rechtssinne handelt, ist schwierig zu beurteilen. Zu Gunsten der Versicherten wird davon ausgegangen, dass dieses Kriterium erfüllt ist, jedoch nicht in ausgeprägter Form.

8.4.5 Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat (BGE 134 V 129 E. 10.2.5), liegt unbestrittenermassen nicht vor.

8.4.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung des Kriteriums. Gleiches gilt, wenn trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Rumo - Jungo / Holzer, a.a.O., zu Art. 6 S. 72 f. mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Es bedarf für die Erfüllung des Kriteriums besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil vom 6. Februar 2007, U 479/05, E. 8.5 mit Hinweis, publ. in: SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81). Solche Gründe liegen hier nicht vor, weshalb das Kriterium nicht bejaht werden kann.

8.4.7 Schliesslich ist beim Kriterium der Arbeitsunfähigkeit dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumata der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, welche die versicherte Person trotz ernsthaften Anstrengungen nicht zu überwinden vermag. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen (BGE 134 V 129 E. 10.2.7 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 7.7.1 mit Hinweis). Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Der Versicherten wurde von der behandelnden Ärzteschaft seit dem Unfall in der angestammten Tätigkeit aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden bis 31. Januar 2021 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Ab 1. Februar 2021 erachtete der Hausarzt Dr. M. die Versicherte aus somatischer Sicht als zu 80 % arbeitsunfähig. Dabei gab er an, dass die 20%ige Arbeitsfähigkeit nur für leichte körperliche Arbeiten gelte und er diese Arbeitsfähigkeit zu Handen der Arbeitslosenversicherung ausgestellt habe (vgl. Berichte von Dr. M. vom 24. Februar 2021 und 9. April 2022). Dr. H. schrieb die Versicherte sodann bereits ab 21. Januar 2021 aus psychischen Gründen wieder vollständig arbeitsunfähig (vgl. Berichte vom 6. September 2021 und 13. Juni 2022). Damit kann zwar von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden. Es sind jedoch aus den Akten keine Anstrengungen ersichtlich, dass die Versicherte diese Arbeitsunfähigkeit zu überwinden versucht hätte. Einen Arbeitsversuch zog sie erst ab Januar 2021 in Erwägung (vgl. Bericht von Dr. K. vom 5. November 2020), welcher jedoch bis anhin nicht stattfand. Damit kann auch dieses Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden.

8.5. Zusammenfassend kann somit höchstens eins der sieben Kriterien (erhebliche Beschwerden) als erfüllt betrachtet werden, wobei dieses jedoch weder in

besonders ausgeprägter Form noch in auffallender Weise besteht. Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass es an einer genügenden Zahl erfüllter Kriterien fehlt, um die Adäquanz bejahen zu können. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 15. Mai 2019 und den von der Versicherten über den 31. Mai 2021 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist damit zu verneinen. Es besteht auch kein Anlass, weitere Abklärungen zu tätigen. Denn nach dem Gesagten lässt die vorhandene Aktenlage eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu. Demzufolge ist auf die beantragte Einholung eines neutralen medizinischen Gutachtens, einer unabhängigen Beurteilung der beruflichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten der Versicherten und des Unfalldossiers der am Unfall beteiligten Tochter zu verzichten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3). Die gegen den Einspracheentscheid vom 7. Januar 2022 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

9.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Eine Parteientschädigung wird dem Ausgang des Verfahrens entsprechend nicht ausgerichtet. Mit Verfügung vom 10. Februar 2022 wurde der Versicherten jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt, weshalb dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 6. September 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 12 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 68.60. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'658.70 (12 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 68.60 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Versicherte wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t :

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'658.70 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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