

# **GL\_GERICHTE VG.2013.00050 vom 12. März 2014**

GL Gerichte, 2014-03-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_VG.2013.00050](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_VG.2013.00050)

FR: GL\_GERICHTE VG.2013.00050 du 12 mars 2014

IT: GL\_GERICHTE VG.2013.00050 del 12 marzo 2014

## **Regeste**

Sozialversicherung - Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der Suva wurde mittels Schadenmeldung vom 16. Februar 2012 durch die C.\_\_\_\_\_AG angezeigt, dass deren am [...] geborene Mitarbeiterin A.\_\_\_\_\_ am 15. Februar 2012 mit ihrem Personenwagen nach einem Ausweichmanöver und einer Streifkollision in einen sich am Strassenrand befindenden Stein geprallt war und diesen überfahren hatte. Auf die anfängliche Diagnose eines Schleudertraumas folgten diverse ärztliche Untersuchungen.

### **E. 1.2**

Die Suva richtete A.\_\_\_\_\_ ab 18. Februar 2012 ein Taggeld von Fr. 108.10 aus. Mit Verfügung vom 20. Februar 2013 teilte die Suva A.\_\_\_\_\_ mit, dass ihre Abklärungen keinen weiteren Anspruch auf Versicherungsleistungen ergeben hätten. Als Begründung führte sie an, dass die aktuell geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und ein adäquater Kausalzusammenhang mit dem Unfall zu verneinen sei. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen würden die Versicherungsleistungen per 28. Februar 2013 eingestellt und es bestehe kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung. Die von A.\_\_\_\_\_ am 25. März 2013 hierauf erhobene Einsprache wies die Suva am 12. April 2013 ab.

### **E. 2.1**

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt nach Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 10 % Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 i.V.m. Art. 19 Abs. 1 UVG). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelder dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Dasselbe geschieht auch, wenn zwar die Voraussetzungen für eine Invalidenrente gemäss UVG nicht erfüllt sind, jedoch von der

Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.6.2).

### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem (versicherten) Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Gesundheitsschädigung, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 117 V 359 E. 4a). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Für die Bejahung einer Leistungspflicht der Unfallversicherung ist es unerlässlich, dass die geklagten Beschwerden nicht lediglich den von der versicherten Person subjektiv umschriebenen Leiden entsprechen, sondern medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis steht (BGE 119 V 335 E. 2b f.). Deshalb ist eine Würdigung der in den Akten liegenden medizinischen Berichte entscheidend, wobei der Richter bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht ohne zwingenden Grund von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht (BGE 118 V 286 E. 1b). Ein Unfall mit Schleudertrauma kann in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, auch wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (vgl. BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Liegen diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen etc. vor und sind diese Beschwerden innert maximal 72 Stunden seit dem Versicherungsereignis aufgetreten, so gilt der natürliche Kausalzusammenhang als erstellt (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. A., Zürich 2009, Art. 4 N. 59, mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.3**

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfall und der dadurch verursachten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 117 V 359 E. 5a). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebende Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 58 f.). Bei organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden kommt dem adäquaten Kausalzusammenhang hinsichtlich einer allfälligen Leistungspflicht der Unfallversicherung wesentliche Bedeutung zu. Gemäss Rechtsprechung dient die adäquate Kausalität (bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden) der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung der Unfallversicherung (BGE 134 V 109 E. 2.1). Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b).

### **E. 3.1**

Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und gegebenenfalls dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welchen konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig bzw. in ihrer körperlichen und geistigen Integrität beeinträchtigt ist. Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Richter 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.

### **E. 3.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation des Patienten einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.3**

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei

der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4). Demgegenüber entspricht es einer allgemeinen Erfahrung, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. A., Zürich/Basel/Genf 2010, S. 353). Auch Parteigutachten besitzen nicht den gleichen Beweiswert wie ein vom Gericht oder von einer Unfallversicherung nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3b-c).

### **E. 3.4**

Weil die Suva in beweisrechtlicher Hinsicht ein zur Objektivität verpflichtetes gesetzesvollziehendes Organ ist, kann auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Kreisarzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt jedenfalls nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 4.1**

Strittig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. Februar 2013 bzw. Einspracheentscheid vom 12. April 2013 die Leistungen aus obligatorischer Unfallversicherung zu Recht einstellte. Die Beschwerdegegnerin anerkennt, dass die typischen Schleudertrauma-Beschwerden vom Unfall her stammen. Sie bestreitet jedoch, dass diese eine am Körper nachweisbare Ursache haben. So ist zunächst zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch gesundheitliche Beeinträchtigungen vorlagen, die sich negativ auf ihre erwerbliche Leistungsfähigkeit auswirken und inwieweit diese auf das Unfallereignis vom 15. Februar 2012 zurückgeführt werden können.

### **E. 4.2**

Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin noch am Unfalltag durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, erstbehandelt wurde. Dem von Dr. E. \_\_\_\_\_ ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma vom 15. Februar 2012 ist zu entnehmen, dass die angegurtete Beschwerdeführerin beim Unfall den Kopf an der Kopfstütze anprallte und sie sich anschliessend über Kopf- und Nackenschmerzen sowie über Übelkeit beklagte. Die Beschwerdeführerin gab an, dass sie bereits vor dem Unfall Kopfschmerzen als behandlungsbedürftige Beschwerden hatte. Dr. E. \_\_\_\_\_ gelangte in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation zu folgender Diagnose: Grad II, Nackenbeschwerden und neurologische Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit miteingeschlossen). Nachbehandelt wurde die Beschwerdeführerin durch ihren Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, welcher ihr eine physiotherapeutische Behandlung verordnete. Am 24. Februar 2012 führte die Beschwerdeführerin anlässlich eines Standortgesprächs gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, sie leide an einer Nackenstarre und habe Rücken-

und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule. Weiter gab sie an, dass sie vor dem Unfall an psychischen Beschwerden gelitten habe. Das ambulante Assessment in der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ ergab gemäss dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Spitalfacharzt Arbeitsorientierte Rehabilitation, und Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 29. März 2012 die Diagnosen einer Halswirbelsäulen-Distorsion QTF II und einer rezidivierenden depressiven Störung (seit etwa 14 Jahren). Aktuelle Probleme bei der Beschwerdeführerin seien dauerhafte Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung bis zum rechten Schulterblatt, ein brennendes Gefühl auf der linken Hüfte, Durchschlafstörungen, unspezifischer Schwindel, eine mässige Symptomausweitung sowie eine Hypästhesie am rechten Arm. Sie kamen zum Schluss, dass hinsichtlich des Schwindels eine otoneurologische und wegen der Hypästhesie am rechten Arm eine neurologische Konsiliaruntersuchung zu empfehlen seien. Weiter seien die physiotherapeutische sowie die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortzuführen. Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen sei von einer guten Prognose auszugehen. Bei der oroneurologischen Untersuchung vom 21. Mai 2012 konnte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, FMH Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, bei der Beschwerdeführerin keine periphervestibuläre Funktionsstörung nachweisen, insbesondere auch kein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel. Auffällig sei die Schmerzhaftigkeit im Suboccipital- und Paravertebralbereich der Halswirbelsäule rechts sowie die Schmerzsymptomatik mit den Kopfschmerzen in der Anamnese. Solche Zustände würden gehäuft nach Halswirbelsäulen-Akzelerationsstraumata beobachtet. Das am 31. Mai 2012 durchgeführte MRI (Magnetic Resonance Imaging) im Institut für Radiologie des Spitals K.\_\_\_\_\_ durch Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Leitende Ärztin, ergab, dass bei der Beschwerdeführerin eine flache rechts mediolaterale Diskushernie C6/7 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel C7 rechts vorliege. Am 18. Juni 2012 diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie und Neurophysiologie, von der Neurologischen Praxis der Rehaklinik N.\_\_\_\_\_ nach erfolgter neurologischer Untersuchung bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Zervikalgie mit Irritation Nervenwurzel C7 rechts und eine rezidivierende depressive Störung seit 14 Jahren.

#### **E. 4.3**

Am 4. Oktober 2012 nahm Suva-Kreisarzt Dr. med. O.\_\_\_\_\_, FMH Chirurgie, eine Untersuchung vor. Er diagnostizierte ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts und eine rezidivierende depressive Störung. Weiter stellte er eine diffuse Schmerzhaftigkeit rechtsseitig bei beidseits tonuserhöhter Schulter-Nackemuskulatur fest. Die aktive Schulterfunktion sei eingeschränkt, jedoch sei die Rotatorenmanschettenkraft ordentlich, diese löse aber erhebliche Schmerzen aus. Grobkursorisch sei die periphere Neurologie bland. Weiter seien die Diskushernien als überwiegend wahrscheinlich vorbestehend zu werten. Da ein Kontakt der Diskopathie C6/7 rechts zur Nervenwurzel nicht definitiv bestätigt sei, werde er zur Beurteilung der Unfallfolgen nochmals eine MRI-Untersuchung veranlassen. In der Folge wurde von der Beschwerdeführerin in der Klinik für Neuroradiologie des Spitals P.\_\_\_\_\_ ein Röntgenbild und ein MRI der Halswirbelsäule erstellt. Im Bericht vom 22. Oktober 2012 führte Prof. Dr. Q.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt, aus, die Auswertung des Röntgenbilds habe eine regelrechte Darstellung der Halswirbelsäule ohne Hinweise auf Dislokationen oder Subluxationen sowie ein gutes Alignment der Wirbelkörper und der posterioren Elemente der knöchernen zervikalen Wirbelsäule ergeben. Im MRI konnten nach dem radiologischen Befund vom 22. Oktober 2012 durch Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Oberarzt, leichtgradige

Bandscheibenprotrusionen auf Höhe HWK5/6 und HWK6/7 rechts ohne Zeichen einer Myelon- oder Nervenwurzelkompression sowie keine Zeichen einer Myelopathie festgestellt werden. Weiter stellte Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nach erfolgter Untersuchung im Bericht vom 21. November 2012 folgende Diagnosen: beeinträchtigendes Zervikovertebralsyndrom mit Schmerzausstrahlung in den rechten Arm und möglicherweise mit Funktionsstörung der Wurzel C6 und wahrscheinlich auch C7 rechts aufgrund von mediolateralen Diskushernien C5/6 und C6/7 (vorwiegend rechtsseitig) nach einer HWS-Distorsion als Folge eines Verkehrsunfalls vom 15. Februar 2012; durch Nackenschmerzen ausgelöste rechtsseitige störende migräniforme Kopfschmerzen; erneute Zunahme der psychischen Beschwerden nach dem Unfall bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Vor dem Unfall habe die Beschwerdeführerin seit Jahren unter rezidivierenden depressiven Störungen gelitten, die nach eigenen Angaben während langer Zeit vor dem Unfall nicht ausgeprägt gewesen seien. Als Unfallfolge sei ohne Zweifel ein Zervikalsyndrom entstanden. Aufgrund der Beschwerden und der Befunde sei es nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aufweise. Er erachte es aber nicht als notwendig, dass die Beschwerdeführerin wieder regelmässig in seine neuro-psychiatrische Betreuung komme, da sie eine aktive Haltung einnehmen müsse, um ihre Schmerzen zu reduzieren. Aufgrund des Verdachts auf eine Radikulopathie C6/7 empfahl Dr. M.\_\_\_\_\_ am 26. November 2012 der Beschwerdegegnerin, bei der Beschwerdeführerin eine Somato Sensibel Evozierte Potential (SSEP)-Untersuchung durchführen zu lassen, welche letztlich an der Klinik T.\_\_\_\_\_ vorgenommen wurde. Im Bericht vom 8. Januar 2013 diagnostizierten Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Oberärztin Neurologie, und Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie, bei der Beschwerdeführerin ein chronisches vorwiegend myofasiales Zervikobrachialsyndrom rechts (mit/bei klinisch normalem Neurostatus bis auf diffuse Sensibilitätsminderung im Bereich der gesamten oberen rechten Extremität mit punktum maximum Dig. I-III, schmerzhaftes Giving way der gesamten oberen Extremität; elektrophysiologisch neurographische Befunde mit einem leichtgradigen Carpaltunnelsyndrom rechts vereinbar, normales Kurs-EMG für die Kennmuskulatur C7 rechts, normales Medianus-SSEP beidseits; kleine Diskusprotrusion C6/7 ohne sicheren Nachweis einer Kompression neurogener Strukturen gemäss MRI der HWS vom 17. Oktober 2012 [USZ]), ein leichtgradiges Carpaltunnelsyndrom rechts (Erstdiagnose) und eine rezidivierende depressive Störung seit 14 Jahren. Sichere Hinweise für das Vorliegen einer radikulären Symptomatik bestünden weder klinisch, radiologisch noch elektrophysiologisch. In der ärztlichen Beurteilung vom 29. Januar 2013 stellte der Kreisarzt Dr. O.\_\_\_\_\_ fest, dass bei der Beschwerdeführerin neurologisch eine Radikulopathie ausgeschlossen werden könne und eine myofasiale Ursache der Schmerzsymptomatik durch Fachärzte bestätigt worden sei. Im MRI sei weiter unverändert die Diskopathie C6/7 ohne sicheren Kontakt zur Nervenwurzel dargestellt worden. Daraus folge, dass unter einer konsequent absolvierten, aktiven Behandlung von einem stabilen Zustand auszugehen sei und eine namhafte Verbesserung bei optimierter Therapie nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu erwarten sei.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte mit Verfügung vom 20. Februar 2013 ihre zuvor der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen per 28. Februar 2013 ein; vorwiegend gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen. Dies mit der Begründung, dass einerseits die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien

und andererseits nach Prüfung der massgebenden Kriterien die Adäquanz zu verneinen sei. Im Einspracheentscheid vom 12. April 2013 führte die Beschwerdegegnerin aus, dass der Unfall vom 15. Februar 2012 keine organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen hinterlassen habe. Da vorliegend ein leichter Unfall gegeben sei, müsse ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen bzw. organisch nicht nachweisbaren Beschwerden der Beschwerdeführerin verneint werden, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht mehr leistungspflichtig sei.

### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass es sich beim diagnostizierten Zervikalsyndrom, welches die rechtsbetonten Schmerzen auslöse, und bei der Verschlimmerung der psychischen Beschwerden durchaus um Unfallfolgen handle. Weiter sei ebenfalls die festgestellte kleine Diskusprotrusion C6/7 eine Unfallfolge, welche mit den anderen Beschwerden weiterhin behandlungsbedürftig sei. Da der adäquate Kausalzusammenhang sowohl nach der Schleudertrauma-Praxis als auch nach der Psycho-Praxis gegeben sei, sei der Einspracheentscheid vom 12. April 2013 aufzuheben.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdegegnerin geht zu Recht davon aus, dass in der Zeit zwischen dem Unfallereignis und der Fallbeurteilung die somatischen Schmerzen in den Hintergrund getreten sind. So hielt Dr. O. \_\_\_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 29. Januar 2013 fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine myofasziale Ursache der Schmerzsymptomatik durch die Fachärzte bestätigt worden sei und neurologisch eine Radikulopathie habe ausgeschlossen werden können. Auch gibt es für die Schwindelbeschwerden gemäss dem Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2012 keine organischen Befunde. Zudem stellen aus radiologischer Sicht sowohl das MRI des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2012 als auch dasjenige des Spitals P. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2012 eine Diskopathie C6/7 ohne sicheren Kontakt zur Nervenwurzel dar. Da diese beiden MRI in der Beurteilung nicht wesentlich voneinander abweichen, kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie geltend macht, dass das MRI des Spitals P. \_\_\_\_\_, von welchem in den Akten nur ein rekonstruierter radiologischer Befund vorhanden ist, nicht verwendet werden dürfe. Weiter trifft es zu, dass die SSEP-Untersuchung vom 8. Januar 2013 durch die Assistenzärztin Dr. V. \_\_\_\_\_ durchgeführt wurde, jedoch wurde sie dabei durch die Oberärztin Dr. U. \_\_\_\_\_ überwacht. Der Bericht wurde anschliessend von beiden Ärztinnen verfasst, weshalb es auch diesbezüglich keine stichhaltigen Hinweise gibt, dass den im Bericht gestellten Diagnosen nicht gefolgt werden kann. Radiologisch ist somit keine Zunahme der Degeneration nachweisbar und neurologisch wird ein struktureller Schaden ausgeschlossen.

### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin ist betreffend das von ihr geltend gemachten Vorliegen einer Diskushernie darauf hinzuweisen, dass als medizinische Erfahrungstatsache gilt, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache davon in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie nur betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (statt vieler: BGer-Urteil 8C\_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E. 3.2, U 354/04 vom 11. April 2005 E. 1.2). Vorliegend war das

Unfallereignis weder besonders schwer noch war es geeignet, eine Diskushernie zu verursachen. So ist davon auszugehen, dass bei der Streifkollision der Personenwagen der Beschwerdeführerin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) von weniger als 5 km/h erfuhr und beim Überfahren des Steins (ca. 45 bis 55 cm gross), bei welchem sich zwei Hauptstösse einstellten, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung jeweils bei rund 5 bis 7 km/h lag (siehe dazu die technische Unfallanalyse der W.\_\_\_\_\_ GmbH vom 21. Mai 2012 sowie diejenige der D.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2013). Medizinisch ausgewiesen sind die Symptome der Diskushernie nicht unverzüglich nach dem Unfall, sondern frühestens nach der Durchführung eines MRI im Spital K.\_\_\_\_\_ am 31. Mai 2012, also rund dreieinhalb Monate nach dem Unfallereignis. Es kann deshalb auch nicht davon ausgegangen werden, das Unfallereignis habe eine bereits bestehende Diskushernie nur ausgelöst, aber nicht verursacht (vgl. BGer-Urteil 8C\_902/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.1).

### **E. 6.3**

Weiter macht die Beschwerdeführerin gestützt auf den ärztlichen Bericht von Dr. X.\_\_\_\_\_ und Dr. Y.\_\_\_\_\_ vom 30./31. Juli 2013 geltend, dass sie an einer Läsion der Rotatorenmanschette leide. Die Beschwerdeführerin liess sich im Land Z.\_\_\_\_\_ untersuchen und es wurde von ihrer Schulter ein MRI erstellt. In dem in [...] verfassten Bericht stellten Dr. X.\_\_\_\_\_ und Dr. Y.\_\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin offenbar die Diagnose einer Läsion der Rotatorenmanschette (ICD-10: M75.1), wobei keine Ruptur der Rotatorenmanschette vorliege. Nach der ICD-10 Klassifikation fallen unter M75.1 Läsionen der Rotatorenmanschette. Dabei wird entweder von einer Ruptur (vollständig oder unvollständig) der Rotatorenmanschette oder der Supraspinatus-Sehne oder von einem Supraspinatus-Syndrom ausgegangen. Da vorliegend die [...] Ärzte bei der Beschwerdeführerin keine Ruptur der Rotatorenmanschette diagnostizierten, könnte sie womöglich an einem Supraspinatus-Syndrom, einem chronischen Schmerzsyndrom der Schultermuskulatur, leiden. Im Bericht vom 29. März 2012 der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ stellten Dr. H.\_\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_\_ nach erfolgtem ambulanten Assessment bei der Beschwerdeführerin im Schulterbereich einen Druckschmerz auf die Supraspinatusmuskulatur fest, ohne jedoch zu erwähnen, was die genauen Ursachen dieses Schmerzes sein könnten. Dr. U.\_\_\_\_\_ und Dr. V.\_\_\_\_\_ von der Klinik T.\_\_\_\_\_ führten hingegen im Bericht vom 8. Januar 2013 aus, dass sie die Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin einem chronischen Zervikobrachialsyndrom rechts mit überwiegender myofaszialer Komponente zuordnen. Auch Dr. S.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 21. November 2012 aus, dass die Beschwerdeführerin an einem Zervikovertebralsyndrom mit Schmerzausstrahlung in den rechten Arm leide. Weiter diagnostizierte er bei ihr eine erneute Zunahme ihrer psychischen Beschwerden nach dem Unfall bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Letztlich hielt er fest, dass er der Beschwerdeführerin erklärt habe, dass sie eine aktive Haltung einnehmen müsse, um den Schmerz zu reduzieren, und dass er eine neuropsychiatrische Betreuung nicht als notwendig erachte. Durch diese in den Akten der Beschwerdegegnerin befindenden ärztlichen Berichte kann die vorgebrachte, angeblich bei der Beschwerdeführerin vorliegende Läsion der Rotatorenmanschette, welche durch den Autounfall verursacht worden sein soll, nicht überzeugen und kein organisches Substrat für die Beschwerden der Beschwerdeführerin begründen. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich an einem chronischen vorwiegend myofaszialen Zervikobrachialsyndrom rechts leidet.

#### **E. 6.4**

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine objektivierbaren, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende somatische Unfallfolgen mehr vorhanden sind. Die von ihr geltend gemachten körperlichen Beschwerden sind lediglich klinisch fassbare, aber organisch nicht nachweisbare Beschwerden. Vom rein körperlichen Gesichtspunkt her sind somit weder eine Invalidenrente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet.

#### **E. 7.1**

Treten somatische Beschwerden nun derart in den Hintergrund, so ist bei der Beurteilung zwischen physischen und psychischen Komponenten der unfallbezogenen Merkmale zu differenzieren und lediglich auf das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen abzustellen. Dabei darf die Adäquanzprüfung in dem Zeitpunkt erfolgen, in welchem die Heilbehandlung der physischen Gesundheitsschäden abgeschlossen ist (vgl. BGer-Urteil U 414/05 vom 7. Juni 2006 E. 4.5). Vorliegend ist ersichtlich, dass die Heilbehandlung der somatischen Schmerzen zum Zeitpunkt der Fallbeurteilung weitgehend abgeschlossen war und die Beschwerdeführerin vorwiegend unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet. Hieraus ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt der leistungseinstellenden Verfügung berechtigt war, einen Fallabschluss vorzunehmen und somit auch die Adäquanz zu prüfen.

#### **E. 7.2**

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. II/2.3), kommt bei organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden dem adäquaten Kausalzusammenhang hinsichtlich einer allfälligen Leistungspflicht der Unfallversicherung wesentliche Bedeutung zu. So dient die adäquate Kausalität (bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden) gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung der Unfallversicherung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

#### **E. 7.3**

Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass das somatische Krankheitsbild gegenüber der vorliegenden psychischen Problematik in den Hintergrund getreten ist, d.h. dass die psychischen Beschwerden das Beschwerdebild überlagern. Aus diesem Grund hat die Prüfung der Adäquanz nach der für psychische Fehlentwicklungen massgebenden Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen.

#### **E. 7.4.1**

Rechtsprechungsgemäss ist der augenfällige Geschehensablauf des Unfalls in drei mögliche Gruppen zu kategorisieren, welche als leichte, schwere und dazwischen liegende, mittlere Unfälle bezeichnet werden können (vgl. BGE 115 V 133 E. 6).

#### **E. 7.4.2**

Am 15. Februar 2012 prallte die Beschwerdeführerin mit ihrem Personenwagen nach einem Ausweichmanöver und einer Streifkollision in einen sich am Strassenrand befindenden Stein und überfuhr diesen. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) betrug gemäss der technischen Unfallanalyse der W. \_\_\_\_\_ GmbH vom 21. Mai 2012 sowie derjenigen der D. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2013 bei der Streifkollision weniger als 5

km/h und beim Überfahren des Steins (ca. 45 bis 55 cm gross), bei welchem sich zwei Hauptstösse einstellten, jeweils bei rund 5 bis 7 km/h. Neben einer HWS-Distorsion erlitt die Beschwerdeführerin keine weiteren körperlich nachweisbare Verletzungen. Es entstand Sachschaden.

#### **E. 7.4.3**

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Auffahrkollisionen in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu leichten zu betrachten. In einzelnen Fällen wurde sogar ein leichter Fall angenommen, so insbesondere bei niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen von 10-15 km/h (Delta-v) und weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden (BGer-Urteil 8C\_715/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 5.2.2). Vorliegend waren die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderungen eher tief. Hingegen handelte es sich beim Unfall nicht um das Auffahren auf ein stehendes Fahrzeug, sondern einerseits um eine seitliche Kollision von fahrenden Personenwagen und andererseits um das Überfahren eines Steins. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma wurde sodann festgehalten, die Beschwerdeführerin habe gleich nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen sowie über Übelkeit geklagt. Der Unfall ist somit als mittelschwerer im Grenzbereich zu einem leichten einzustufen.

#### **E. 7.4.4**

Ist der Unfall dem mittleren Bereich zuzuordnen, müssen Zusatzkriterien erfüllt sein, damit eine Kausalität zu einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung angenommen werden kann. Als wichtigste Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu nennen (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c). Dabei müssen vier der massgeblichen Kriterien oder einzelne der Kriterien ausgeprägt erfüllt sein (BGer-Urteil 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

#### **E. 7.5**

Dem Unfall vom 15. Februar 2012 liegen weder besonders dramatische Begleitumstände vor noch kann ihm eine überdurchschnittliche Eindrücklichkeit zugesprochen werden. Die erlittenen Verletzungen waren dazu nicht schwer oder von besonderer Art, welche eine Bejahung der Adäquanz rechtfertigen würden. Des Weiteren basierten die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Dauerschmerzen nicht auf einem somatischen Substrat, sondern überwiegend auf der erfolgten psychischen Überlagerung. Ferner sind auch eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht ersichtlich. Letztlich ist auch das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsfähigkeit nicht oder zumindest nicht ausgeprägt erfüllt, da die Beschwerdeführerin bis zum bereits ein gutes Jahr nach dem Unfall erfolgten Fallabschluss eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % aufwies (vgl. BGer-Urteil 8C\_116/2009 vom 26. Juni 2009 E. 4.6).

#### **E. 7.6**

Wenn die Adäquanz wie vorliegend zu verneinen ist, kann praxisgemäss auf weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität verzichtet werden (vgl. BGer-Urteil

8C\_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2). Somit erweist sich auch das Einholen eines inter- bzw. polydisziplinären Gutachtens als nicht notwendig, da die vorliegenden medizinischen Akten als schlüssig erachtet werden sowie weitere Beweisvorkehren an der Würdigung der bereits abgenommenen Beweise nichts mehr zu ändern vermögen würden. Auf eine weitere Expertise ist folglich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 124 I 208 E. 4a). Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen. III. Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG und Art. 135a Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG] ). Bei diesem Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Daran vermag auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Gehörsverletzung, welche durch die erst im Beschwerdeverfahren zugestellten Aktenstücke der Beschwerdegegnerin entstanden ist, nichts ändern. Dies deshalb, da keine besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt und die Beschwerdeführerin die Möglichkeit erhielt, sich vor der Beschwerdeinstanz zu äussern, weshalb dadurch die Gehörsverletzung geheilt wurde. Der Beschwerdegegnerin steht ebenfalls keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. A., Zürich 2009, Art. 61 N. 114).

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