

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/11 vom 5. Dezember 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-12-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_11)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/11 du 5 décembre 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/11 del 5 dicembre 2012

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Schleudertrauma-Unfall. Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Adäquanz-Prüfung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Dezember 2012, UV 2012/11).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 2. September 2009 ausgerichtet wurden, auf den 6. Juni 2011 eingestellt werden durften oder nicht. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a).

Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

## **E. 2**

2.1 Die Beschwerdeführerin stand unmittelbar vor dem Unfall vom 2. September 2009 in physiotherapeutischer Behandlung wegen Rücken-, HWS- und BWS-Beschwerden bzw. Nackenschmerzen (UV-act. 26, 29, 30). Ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon ergab gemäss Bericht vom 11. Dezember 2009 als aktuelle Probleme eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS, Kopfschmerzen, Schwindelepisoden, Ein- und Durchschlafstörungen, vermehrte Tagesmüdigkeit, subjektive Einschränkung der Sitzdauer, eine Störung von Konzentration und Gedächtnis sowie intermittierend diffuse Kribbelparästhesien der linken Hand. Im Hinblick auf den bisherigen Verlauf sei von einer raschen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (UV-act. 22). Am 30. Dezember 2009 berichtete die Beschwerdeführerin unter anderem, sie habe vor Weihnachten zu etwas mehr als 75% gearbeitet, was zu viel gewesen sei. Ihr Hausarzt habe sie ab Januar (2010) weiterhin zu 25% arbeitsunfähig geschrieben (UV-act. 25). Nachdem sich dies als nicht realisierbar herausstellte, war ab 23. Februar 2010 eine 50%-Tätigkeit (eines 40%-Pensums; UV-act. 32) vorgesehen. Dr. C. \_\_\_ hatte zuvor in den Berichten vom 18. und 19. Februar 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 3. Februar 2010 bescheinigt (UV-act. 35, 37). Die Ärzte der Klinik Valens hielten nach einem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Austrittsbericht vom 19. April 2010 als Diagnosen ein zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung fest. Begünstigend wirkten sich eine Hyperlaxizität und begleitend die Haltungsinsuffizienz bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform aus. Es bestünden keine Hinweise auf eine neurologische Ausfallsymptomatik und die HWS-Aufnahmen zeigten keine knöcherne Verletzung oder Weichteilverletzung. In der BWS fänden sich minime multisegmentäre Chondrosen und Spondylosen. Die neuropsychologische Diagnostik habe mehrheitlich ein unauffälliges kognitives Leistungsprofil gezeigt. Nach dem stationären Aufenthalt sei die Patientin weiterhin für vier Wochen 100% arbeitsunfähig. Anschliessend sei ein langsamer, gestaffelter Arbeitsbeginn vorzusehen, beginnend mit 50% des bisherigen Pensums, also zwei Halbtage, mit Steigerung je nach Klinik im weiteren Verlauf (UV-act. 52).

2.2 Im Mai 2010 berichtete Dr. C. \_\_\_ unter anderem, nach dem Aufenthalt in Valens habe die Beschwerdeführerin deutlich weniger Schmerzen gehabt. Ab dem 3. Mai 2010 sei die Arbeitsfähigkeit auf 50% gesteigert worden (UV-act. 53). Die Psychologin E. \_\_\_ teilte in einem undatierten Bericht vom Juni 2010 mit, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 4. Mai 2010 bei ihr in Behandlung. Es bestehe eine Anpassungsstörung mit vorwiegend depressiver Stimmungslage. In den letzten Wochen habe sich eine deutliche Verbesserung der Symptomatik gezeigt (UV-act. 62). Suva-Kreisarzt Prof. Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt am 28. Juni 2010 fest, es seien keine organisch-strukturelle Läsionen aufgrund des Unfalls vom 2. September 2009 nachweisbar. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Vorbestehend zum Ereignis seien Nacken- und Rückenbeschwerden

aktenkundig und auch behandelt worden. Der Status quo sine sei erreicht (UV-act. 64). Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, bestätigte gestützt auf eine Untersuchung der Beschwerdeführerin am 3. September 2010, dass der rein unfallbedingte organische Endzustand so gut wie erreicht sei und keine weiteren Abklärungen mehr notwendig seien. Der erschwerte Heilungsverlauf stehe wahrscheinlich in Zusammenhang mit der Anpassungsstörung, die infolge des Unfallereignisses aufgetreten sei. Es sei aber davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin in den nächsten Monaten weiter erholen werde und auch die Arbeitsfähigkeit werde steigern können. Unterstützend seien physio- und psychotherapeutische Massnahmen sinnvoll. Ein Zeithorizont von einem halben bis maximal einem Jahr scheine in diesem Zusammenhang realistisch (UV-act. 72). Dr. C.\_\_\_\_ vermerkte im Bericht vom 10. September 2010, der Verlauf sei positiv (von körperlicher und psychischer Seite), aber langsam. Die Physiotherapie werde zweimal wöchentlich durchgeführt; Schmerzmittel müssten nur noch gelegentlich eingenommen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei ab 15. Juni 2010 auf 60% gesteigert worden; seit 16. August 2010 arbeite die Beschwerdeführerin zu 70% (UV-act. 73). Nachdem die Beschwerdeführerin durch Dr. C.\_\_\_\_ erneut an Dr. D.\_\_\_\_ zugewiesen worden war (UV-act. 83), führte dieser im Bericht vom 12. November 2010 unter anderem aus, offenbar spiele die psychosoziale Überforderung mit zwei Kindern und einem Pensum bei der Arbeitgeberin eine grosse Rolle. Er erhoffe sich von der aktuellen Behandlung ein gutes Resultat (UV-act. 82). Dr. C.\_\_\_\_ hielt in einem Schreiben vom 14. Januar 2011 unter anderem fest, dass nach Ausschöpfung aller anderen Therapien nun eine alternative Therapie im Sinn einer Osteopathie durchaus sinnvoll wäre, um den noch bestehenden cervikocephalen Schmerzen Herr zu werden (UV-act. 90).

2.3 Die Psychotherapeutin E.\_\_\_\_ bestätigte am 18. Januar 2011 einen kontinuierlichen Rückgang der psychischen Symptomatik, so dass die im früheren Bericht gestellte Diagnose zum jetzigen Zeitpunkt als remittiert betrachtet werden könne. Der Rückgang der Symptomatik lasse sich einerseits auf den erfolgreichen beruflichen Wiedereinstieg bis zur Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit seit Weihnachten zurückführen. Andererseits sei es der Beschwerdeführerin gelungen, Strategien im Umgang mit Überlastungssituationen erfolgreich umzusetzen. Zum aktuellen Zeitpunkt sei aufgrund der erzielten Erfolge eine Weiterführung der Therapie nicht indiziert. Das Abschlussgespräch sei auf den 10. Februar 2011 festgelegt worden (UV-act. 91). Am 1. Februar 2011 erklärte die Beschwerdeführerin gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter, sie habe nach wie vor praktisch permanent Schmerzen im Nackenbereich und tägliches Kopfweg. Sie stehe nach wie vor in Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ sowie in physiotherapeutischer Behandlung. Sie erledige seit Januar 2011 ein fast volles Pensum (90-95%) im Sinn eines Arbeitsversuchs. Die Leistung sei zunehmend im Steigen begriffen und liege noch nicht ganz bei 100% (UV-act. 92). Am 14. Februar 2011 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_ einen sehr positiven Behandlungsverlauf. Insgesamt gehe es der Patientin wesentlich besser. Bis zur nächsten Konsultation bleibe sie noch zu 25% arbeitsunfähig (UV-act. 94). Dr. C.\_\_\_\_ führte am 21. Februar 2011 aus, dass bei positivem Verlauf des aktuellen Arbeitsversuchs (mit dem Vorunfall-Pensum von 40%) ab April 2011 die vollständige Arbeitsfähigkeit definitiv erreicht werden könne (UV-act. 95). Gemäss Bericht vom 31. März 2011 legte der Dr. C.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit auf 100% ab 28. März 2011 fest und empfahl die Kostenübernahme für Physiotherapie und Manualtherapie bei Dr. D.\_\_\_\_ während einer Übergangszeit (UV-act. 97). Die Arbeitgeberin bestätigte am 8. April 2011, dass die volle Arbeitsaufnahme gut gelungen sei (UV-act. 98).

### **E. 3**

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische Ergebnisse zu Tage. Der hinreichende Nachweis für ein klar fassbares organisches Korrelat für die im Zusammenhang mit einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung geklagten Beschwerden bzw. die Organizität des Beschwerdebilds vermag damit allerdings nicht erbracht zu werden (Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, U 479/05, E.5.4 mit Hinweis auf Entscheid des EVG vom 6. November 2006, U 444/05, E.5.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann praxisgemäss erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/ bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U13/07, E. 3.2 und 3.3). - Im vorliegenden Fall ergaben die medizinischen Abklärungen keine durch den Unfall vom 2. September 2009 bedingten organisch-strukturellen Befunde (vgl. UV-act. 52, 64, 72).

### **E. 4**

4.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005, U 312/05) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

4.2 Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gab die Beschwerdeführerin im September 2009 an, nach dem Unfall an Nacken- und Kopfschmerzen sowie an Ohrdruck und einem tauben Gefühl im Gesicht gelitten zu haben. Es habe sehr wahrscheinlich ein Kopfanprall an der Kopfstütze stattgefunden. Eine Bewusstlosigkeit und eine Angst- und Schreckreaktion sowie Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen und Schlafstörungen verneinte sie. Vor dem Unfall hätten behandlungsbedürftige Beschwerden in Nacken und Rücken bestanden (UV-act. 3). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen bestätigte sie am 11. September 2009

zusätzlich, dass nach dem Unfall auch ein Schock eingetreten sowie Schmerzen in der Brustwirbelsäule vorhanden gewesen seien. Als Vorzustand gab sie Schulterbeschwerden (Verspannungen) an. Einen Kopfanprall verneinte sie (UV-act. 10). Im Bericht vom 3. November 2009 vermerkte Dr. C. \_\_\_ Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und Stressintoleranz (UV-act. 13). Angesichts dieser Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds unmittelbar nach dem Unfall gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin bis zum 6. Juni 2011.

## **E. 5**

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss jedoch nicht der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines

Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

5.2 Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob die nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (6. Juni 2011) weiter bestehenden Gesundheitsstörungen an der HWS noch als natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls anzusehen oder auf den Vorzustand zurückzuführen sind, nicht abschliessend beantwortet werden. Eine weitere Abklärung des natürlichen Zusammenhangs erübrigt sich jedoch, weil es - wie nachstehend zu zeigen sein wird - an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass die Unfallversicherer bei Schleudertrauma-Unfällen die Versicherungsleistungen - ohne Prüfung der adäquaten Unfallkausalität - bis zum Behandlungsabschluss einstweilen erbringen. Die spätere Prüfung der Unfallkausalität setzt den medizinischen Behandlungsabschluss voraus bzw. kann ohne Vorliegen desselben nicht erfolgen (vgl. dazu nachstehend E. 5.3). Angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien zu beurteilen und dabei auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, kann doch nach Lage der Akten in der Zeit bis Juni 2011 und auch danach eine Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a) nicht als nachgewiesen gelten. 5.3 Zu prüfen ist, ob per 6. Juni 2011 noch eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit vorlag bzw. ob von einem Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109 E. 4) - ausgegangen werden durfte oder nicht. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt dabei lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte

Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Für die Annahme einer Weiterdauer der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145).

#### **E. 5.4**

Wenn Kreisarzt Prof. F.\_\_\_\_ am 28. Juni 2010 die Erreichung des Status quo sine bestätigte (UV-act. 64), so geschah dies insbesondere unter Berücksichtigung des bereits vor dem Unfall vom 2. September 2009 bestehenden krankheitsbedingten Zustands der HWS und im Schulter/Nackenbereich mit Behandlungsbedürftigkeit (vgl. UV-act. 26, 29, 30; act. G 5.1 Beilage 3). Auch Dr. G.\_\_\_\_ ging am 3. September 2010 aus unfallbedingter Sicht von einem organisch-neurologischen Endzustand aus (UV-act. 72). Die Psychotherapeutin E.\_\_\_\_ erachtete sodann am 18. Januar 2011 bei remittierter psychischer Situation die Weiterführung der Therapie als nicht mehr indiziert (UV-act. 91). Bei dieser Situation kann die Unfallbedingtheit der von Dr. C.\_\_\_\_ am 31. März 2011 empfohlenen Physio- und Manualtherapie über den 6. Juni 2011 (Einstellungszeitpunkt) hinaus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten, zumal der Arzt diese nur während einer Übergangszeit als erforderlich erachtete (UV-act. 97). Ein anderes Bild ergibt sich im Übrigen auch aus dem nachträglich eingereichten Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2012 nicht, zumal er darin lediglich erneut den Unfallvorzustand (linksseitiges Schmerzproblem der unteren Halswirbelsäule und der Schulter-Nacken-Muskulatur) und den Verlauf nach dem Unfall beschreibt (act. G 5.1 Beilage 3). Für die von Dr. C.\_\_\_\_ als unfallbedingt bescheinigten Einschränkungen hat die Beschwerdegegnerin die Leistungen bis Juni 2011 übernommen; eine allfällig längere Leistungspflicht lässt sich auch aus den Berichten von Dr. C.\_\_\_\_ nicht ableiten. Der geschilderte Sachverhalt spricht vielmehr dafür, dass per 6. Juni 2011 von den Unfallfolgen her zu Recht von einem Behandlungsabschluss im vorerwähnten Sinn ausgegangen werden durfte und weitere Therapien lediglich der Aufrechterhaltung des Erreichten dienten oder unfallfremde Gegebenheiten (Unfallvorzustand) betrafen. Von einer interdisziplinären Begutachtung im Sinn einer Gesamtschau (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.2.4) kann vor diesem Hintergrund abgesehen werden, zumal die Beschwerdeführerin neurologisch (UV-act. 52, 72), neuropsychologisch (UV-act. 52) und psychiatrisch (UV-act. 52, 62) abgeklärt wurde. Zudem sind rechtsprechungsgemäss weitere Abklärungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität dann nicht erforderlich, wenn der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C\_217/2008, E. 7.3). Sodann bedarf es nicht zwingend eines poly-/interdisziplinären Gutachtens für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen, wenn - wie hier - Berichte von Ärzten verschiedener in Betracht fallender Fachrichtungen vorliegen, welche eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008, 8C\_527/2008, E. 3.2.2).

## E. 6

6.1 Nach Darlegung der Beschwerdeführerin geschah der Auffahrunfall vom 2. September 2009 ausserorts, nachdem sie ihr Fahrzeug vor einer Kurve verkehrsbedingt zum Stillstand bringen musste (act. G 1 S. 2). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 28. März 2010 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des von ihr gelenkten Fahrzeugs unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h. An biomechanischen Besonderheiten seien vorbestehende HWS-Beschwerden zu berücksichtigen. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar; bei Berücksichtigung der erwähnten Abweichungen vom Normalfall bleibe es schwierig, die Beschwerden isoliert durch die Kollisionseinwirkung zu erklären. Eine vorübergehende Verstärkung vorbestehender Beschwerden sei allenfalls denkbar (UV-act. 48). Bei der in Frage stehenden Auffahrkollision ist - auch angesichts der Sachschäden am Fahrzeug der Beschwerdeführerin (UV-act. 34) - praxisgemäss von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Ausgehend von dieser Qualifikation ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs dann zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann konkret nicht gesprochen werden. Sodann vermag die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Von der Beschwerdeführerin wurde vorerst lediglich ein (wahrscheinlicher) Anprall des Kopfs an der (weichen) Kopfstütze angegeben (UV-act. 3), später jedoch ein Kopfanprall gänzlich verneint (UV-act. 10). Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.2 mit Hinweisen). Das Beschleunigungstrauma traf konkret zwar auf eine in Form von degenerativen Veränderungen vorgeschädigte Wirbelsäule (vgl. UV-act. 26, 29, 30). Damit kann - bei Fehlen von Auswirkungen der HWS-Degenerationen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall - jedoch nicht von einer Verletzung besonderer Art ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C\_542/2008, E. 5.3).

6.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall in ärztlicher/physiotherapeutischer Behandlung stand, die zu einer andauernden Besserung führte. Im März/April 2010 erfolgte ein Aufenthalt in der Klinik Valens (UV-act. 52). Im Weiteren wurde eine psychotherapeutische Behandlung (UV-act. 62, 91) durchgeführt. In Anbetracht der Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung zwar grundsätzlich zur Diskussion stehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C\_331/2007, E. 4.2.3). Die durchgeführten Behandlungen bewegten sich jedoch in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang, bei welchem die bundesgerichtliche Rechtsprechung das Kriterium in der Regel verneint (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C\_500/2007, E. 5.4, vom 8. August 2008, 8C\_144/2008, E. 7.3, vom 22.

August 2008, 8C\_266/2008, E. 4.2.4, und vom 30. Oktober 2009, 8C\_488/2009, E. 5.2.2). Zu beachten ist dabei auch der krankheitsbedingte Vorzustand an der HWS. Das Vorliegen des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung könnte somit - wenn überhaupt - höchstens in nicht sehr ausgeprägtem Umfang - bejaht werden.

6.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin schilderte am 1. Februar 2011 gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter Schmerzen im Nackenbereich und Kopfweh (UV-act. 92). Zu berücksichtigen ist auch hier, dass HWS-Beschwerden bereits vor dem streitigen Unfall ärztliche Behandlungen erforderlich machten (UV-act. 26, 29, 30), weshalb das Kriterium von dauerhaften und erheblichen unfallbedingten Beschwerden höchstens mit geringer Ausprägung angenommen werden könnte. Sodann lassen sich ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann bejahen, wenn die angewendeten Therapien nicht zu gänzlicher Schmerzfreiheit führen. Diese Kriterien können nicht als erfüllt gelten. Auch kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, nicht die Rede sein.

#### **E. 6.4**

Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und ähnlichen Verletzungen 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, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder 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. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Nachdem die Ärzte der Klinik Valens ab ca. Mitte 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als realisierbar erachtet hatten (UV-act. 52), arbeitete die Beschwerdeführerin ab 15. Juni 2010 wieder zu 60% und ab 16. August 2010 zu 70% (UV-act. 73). Im Bericht vom 12. November 2010 erwähnte Dr. D. \_\_\_ die Überforderung durch die Doppelbelastung als teilerwerbstätige Hausfrau und Mutter von zwei kleinen Kindern (UV-act. 82). Ab Februar bzw. März 2011 bestand nach Bescheinigung des Hausarztes und der Arbeitgeberin wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. 97, 98; Bericht Dr. C. \_\_\_ vom 30. August 2011 in act. G 13). Wenn die Beschwerdeführerin nunmehr geltend machen lässt, dass ihr seit dem Unfall und bis heute eine Erwerbstätigkeit von mehr als 40% aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar sei (act. G 1 S. 4), ist festzuhalten, dass sie unmittelbar vor dem Unfall (seit dem 1. August 2009; act. G 1.3) ein 40%-Pensum ausübte und daneben den Haushalt und die Kinder betreute. Diese Erwerbstätigkeit ist ihr gemäss ärztlicher Bescheinigung seit Februar/März 2011 bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit (100%) wieder möglich. Die

Pensenreduktion in den Jahren 2006 und 2008 (Geburt der beiden Kinder; vgl. dazu UV-act. 52 S. 3) sowie die erneute Reduktion unmittelbar vor dem Unfall auf 40% ab 1. August 2009 (vgl. act. G 1.3) dürften familiäre Gründe gehabt haben. Angesichts dieser Arbeitsfähigkeits-Entwicklung sowie der geschilderten unfallfremden gesundheitlichen Gegebenheiten und des krankheitsbedingten Vorzustands an der HWS lässt sich - bei unstreitig gegebenen Wiedereingliederungs-Bemühungen der Beschwerdeführerin - eine erhebliche (rein unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit im Einstellungszeitpunkt (6. Juni 2011) nicht bejahen.

#### **E. 6.5**

Unter diesen Umständen können - mit geringer Ausprägung - lediglich das Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden Therapien und dasjenige der erheblichen Beschwerden als erfüllt gelten, womit dem streitigen Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 6. Juni 2011 hinaus andauernden Beschwerden zukommt. Selbst bei drei geringgradig erfüllten Kriterien wird die Adäquanz bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen praxisgemäss vom Bundesgericht verneint (Urteil vom 31. Juli 2009, 8C\_172/2009). Die Einstellung der Leistungen auf den 6. Juni 2011 erweist sich demgemäss als rechtmässig.

#### **E. 7**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 11. Januar 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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