

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00302 vom 20. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00302

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00302 du 20 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00302 del 20 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

1.2.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.2.2. Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- respektive

Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

1.2.3.1.1 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegleitender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.3

1.3.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden 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 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.3.2.1 Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen 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). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_984/2010 vom 10. März 2011 E. 2.1). Sind die geklagten Beschwerden nicht in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, ist eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

1.3.3.1 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der HWS auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der

Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

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

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.3.4 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der HWS an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

2. Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 9. September 2009 und den gesundheitlichen Beschwerden sei infolge Erreichens des Status quo ante vel sine spätstens am 15. März 2010 dahingefallen (Urk. 2 S. 5 ff.). Des Weiteren erwog sie im

Sinne einer doppelten Begründung, ihre Leistungspflicht scheitere ab 15. März 2010 auch auf Grund des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs (Urk. 2 S. 10 ff.). Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe den ihr obliegenden Beweis des nicht mehr gegebenen natürlichen Kausalzusammenhangs im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht erbracht (Urk. 1 S. 4-6). Als dann sei die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zirka sechs Monate nach dem Unfallereignis verfrüht. Selbst wenn indes die Adäquanz geprüft werden könnte, so wäre diese zu bejahen (Urk. 1 S. 6-7, Urk. 11 S. 3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals A.____, welche die Beschwerdeführerin am Tag nach dem Unfallereignis vom 9. September 2009 nach notfallmässiger Selbstzuweisung untersucht hatten, notierten am 10. September 2009 auf dem Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 8/2), die Beschwerdeführerin sei eigenen Angaben zufolge auf die Kollision gefasst gewesen, habe im Unfallzeitpunkt eine gerade Kopfstellung inne gehabt und den Kopf lediglich an der Kopfstütze angeschlagen. Die Befragung zum Unfallablauf ergebe keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke, hingegen für eine Angst- beziehungsweise Schreckreaktion. Nach dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin indes die geplanten Tätigkeiten verrichten können. Anlässlich der Untersuchung habe sie spontan erzählt, 30 Minuten nach dem Zusammenstoss Kopfschmerzen verspürt sowie 8,5 Stunden danach an Erbrechen gelitten zu haben. Auf ärztliche Nachfrage habe sie überdies angegeben, dass sofort Schwindel und mit einer achtstündigen Latenzzeit Nackenschmerzen, Übelkeit und Schlafstörungen aufgetreten seien. Andere Symptome wie Hör- oder Sehstörungen habe die Beschwerdeführerin verneint. Anamnestisch protokollierten die Ärzte ein im Dezember 2002 erlittenes Unfallereignis mit Beteiligung der HWS sowie prätraumatisch behandlungsbedürftige Kopf- und Nackenbeschwerden und als Medikation Bilol 5 mg (Betablocker). Die klinische Untersuchung der HWS-Beweglichkeit ergab folgenden Befund: Kinn-Sternum-Abstand bei Flexion 1 cm und bei Extension 30 cm, Rotation beidseits je 60°, Seitneigung nach rechts und links je 30°. Als dann vermerkten die Ärzte eine Druckdolenz im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur sowie einen Stauchungsschmerz ohne Ausstrahlung, wogegen sie Ruheschmerzen verneinten. Die neurologische Untersuchung zeigte, abgesehen von einem Klopfschmerz des Nervus Supraorbitalis, einen unauffälligen Befund und einen Glasgow coma scale (GCS) von 15. Äussere Verletzungen wurden nicht festgestellt. Die radiologische Abklärung (Röntgen HWS ap/seitlich und Densaufnahme transbuccal) blieb ebenfalls unauffällig und brachte insbesondere keine Fraktur zum Vorschein. Die Ärzte diagnostizierten in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II, empfahlen als Prozedere eine Behandlung mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sowie die Durchführung einer Physiotherapie und attestierten vom 10. bis 17. September 2009 eine nicht näher bezifferte Arbeitsunfähigkeit.

3.2 Ä Ä Ä Ä Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, welcher die Beschwerdeführerin ab 15. September 2009 hausärztlich betreute und von einer typischen Heckkollision ausging, befundete in seinem Arztzeugnis vom 19. Oktober 2009

(Urk. 8/7) unter Hinweis auf den blanden Röntgenbefund des Spitals A.____ (vgl. E. 3.1 hiervor) Myogelosen in der Hals- und Schultermuskulatur sowie eine verminderte und schmerzhafte Rotation der HWS. Ausgehend von reinen Unfallfolgen stellte er die Diagnose eines zervikalen Schleudertraumas, verordnete als Behandlungsmassnahmen Schmerzmittel sowie Physiotherapie und attestierte ab dem 9. respektive 10. September 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für voraussichtlich mehrere Wochen.

3.3 Am 30. November 2009 wurde die Beschwerdeführerin auf Veranlassung des Hausarztes Dr. B.____ in der Neurologischen Klinik des Spitals C.____ untersucht. In seinem Bericht gleichen Datums (Urk. 8/28 S. 3-4) notierte der Neuropsychologe Dr. phil. D.____ geklagte kognitive Schwierigkeiten in den Bereichen Gedächtnis und Konzentration sowie Kopfschmerzen, welche grossen Schwankungen unterworfen seien und von einem "dummen Kopf" bis zu migräneartigen Zuständen mit Erbrechen reichten. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand als stabil, habe sich jedoch in der Vergangenheit während neun Monaten wegen Angststörungen und depressiven Verstimmungen einer psychiatrischen Behandlung unterzogen. Gegenwärtig nehme sie Magnesium, Lyrica, Dafalgan, Mefenacid und Bilol ein und stehe überdies in physiotherapeutischer Behandlung. Im Zuge der neuropsychologischen Untersuchung befundete der Neuropsychologe insgesamt diffuse, von leicht bis schwer reichende kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen/Gedächtnis und Exekutivfunktionen, wobei diese Auffälligkeiten etiologisch am ehesten im Rahmen der anamnestisch geschilderten und klinisch evidenten Schmerzsymptomatik zu interpretieren seien. Als Prozedere empfahl er die Fortführung der medikamentösen und physiotherapeutischen Schmerztherapie unter Hinweis, bei hoffentlich erfolgreicher Behandlung sei aus seiner Sicht eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erwarten.

3.4 Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie, welche die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2010 im Auftrag der Beschwerdegegnerin konsiliarisch untersucht hatte, diagnostizierte in ihrem Untersuchungsbericht vom 20. Februar 2010 (Urk. 8/17) einen Status nach möglicher Commotio Cerebri am 9. September 2009 (ICD-10 S06.0) sowie Kopfschmerzen vom Mischtyp (vasomotorisch, migräniform, medikamenteninduziert; ICD-10 G44.-). In ihrer Beurteilung führte sie aus, sowohl die neurologischen Untersuchungsbefunde als auch die klinischen Befunde im HWS-Bereich seien unauffällig, wogegen die Kopfschmerzen nicht zufriedenstellend abgeheilt seien in dem Sinne, als sie in verminderter Intensität anhielten und eine hohe Medikamenteneinnahme (Dafalgan, teilweise Mefenacid) erforderten. Die Kernspintomographie des Schädels vom 2. Februar 2010 habe indes altersentsprechende Befunde gezeigt und auch im Kernspintogramm der HWS gleichen Datums fanden sich lediglich eine Steilstellung der HWS, nicht jedoch weitere pathologische Veränderungen. Als Vorbefund bestehe eine Anamnese mit Kopfschmerzen, welche bereits in jungen Jahren zu Arztkonsultationen und Therapien geführt habe, wobei aber die Beschwerdeführerin eigenen Angaben zufolge in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall eine befriedigende Situation mit jeweils nur einem ziemlich typischen Migräneanfall (Migräne ohne Aura) pro Monat zu gewöhnlichen hatte. Diagnostisch habe die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis eine Kopfprellung, allenfalls auch eine Commotio cerebri erlitten. Unter Berücksichtigung der Anamnese sei davon auszugehen, dass es durch den Unfall zu einer Aktivierung von bestehenden Beschwerden gekommen

sei. So seien anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom November 2009 (vgl. E. 3.3 hiervor) auch die psychischen Minderleistungen in den Zusammenhang der Kopfschmerzen gestellt worden. Immerhin sei es gemäss Radiologiebefund nicht zu einer Schädelhirnverletzung im engeren Sinne gekommen. Jedenfalls aber wäre selbst bei Annahme einer Commotio cerebri, welche allerdings auf Grund der Anamnese ohne Bewusstseinslücke nicht gesichert sei, eine Beschwerdedauer von mehr als drei Monaten nach dem Unfall nicht mit Sicherheit zu belegen. Es sei daher davon auszugehen, dass andere Faktoren wie zum Beispiel die hohe Medikamenteneinnahme zu einem medikamenteninduzierten Kopfschmerz führten oder auch andere, beispielsweise psychische Momente, eine Rolle spielten. Dr. E.____ befürwortete eine dringende Reduktion der Schmerzmedikation sowie - zur Distanzierung von den gesundheitlichen Beschwerden - allenfalls die Einführung eines Antidepressivums in kleiner Dosis. Ausserdem hielt die Neurologin dafür, dass die unfallbedingte medizinische Behandlung ohne weitere Abklärungen per 15. März 2010 abzuschliessen und eine Arbeitsaufnahme per Ende Februar 2010 zu 50 % und per 15. März 2010 zu 100 % zumutbar sei (vgl. im Einzelnen auch die Beantwortung des Fragenkatalogs, Urk. 8/17 S. 7-9).

3.5 Der Hausarzt Dr. B.____, welcher die Beschwerdeführerin in Abständen von drei bis vier Wochen behandelte, berichtete in seinem ärztlichen Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2010 (Urk. 8/16) von einer unter Physiotherapie zunehmenden Verbesserung des Gesundheitszustandes bei allerdings persistierender Cephalaea und Konzentrationsschwäche. Er postulierte, dass im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mitspielten, empfahl eine Weiterführung des bisherigen Behandlungsprozedere in Form von physiotherapeutischen Massnahmen und zog, jedoch ohne nähere Begründung, eine weitere neuropsychologische Abklärung zu einem späteren Zeitpunkt in Betracht. Alsdann vermerkte er, dass die voraussichtliche Dauer der Behandlung noch unbestimmt sei und auch nicht beurteilt werden könne, ob mit einem bleibenden Nachteil gerechnet werden müsse. Eine Wiederaufnahme der Arbeit erachtete Dr. B.____ per 11. Januar 2010 mit einem Pensum von 20 % und ab 1. März 2010 mit einem solchen von 40 % als zumutbar (vgl. auch Unfallschein, Urk. 8/12 und Urk. 3).

3.6 Bezugnehmend auf die Ausführungen der nunmehr anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin vom 14. April 2010 (Urk. 8/25), worin sich diese im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs hinsichtlich der mit Schreiben vom 12. März 2010 (Urk. 8/18) angefordigten Leistungseinstellung per 15. März 2010 geäussert hatte, führte Dr. E.____ am 10. Mai 2010 (Urk. 8/28) in Erganzung zu ihrem neurologischen Konsiliarbericht vom 20. Februar 2010 (vgl. E. 3.4 hiervor) aus, dass es sich bei dem in Frage stehenden Unfall nicht um eine klassische Auffahrkollision gehandelt habe und es insofern nicht gesichert sei, ob dieses Ereignis geeignet gewesen sei, das von der Beschwerdeführerin postulierte bunte Beschwerdebild einer HWS-Distorsion auszulösen. Zudem sei der klinische Befund an der HWS normal gewesen. Unbestrittenermassen bestehe bei der Beschwerdeführerin eine Vorbelastung in Form von Kopfschmerzen mit migräniformer Komponente, wobei sich dieser Vorzustand durch eine Frontalkollision für befristete Zeit verschlimmern könne. Alsdann habe im Untersuchungszeitpunkt ein hoher Medikamentenkonsum vorgelegen, welcher selber kopfwehinduzierend sein und das Anhalten der Kopfschmerzen verlängern könne. Im protrahierten Verlauf ebenfalls eine Rolle spielen könnte schliesslich auch der Umstand, dass gemäss dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht des Spitals C.____ vom 30.

November 2009 in der Vergangenheit eine neunmonatige Behandlung wegen einer Angststörung und einer depressiven Verstimmung stattgefunden habe (vgl. dazu E. 3.3 hiervor). Jedenfalls sei die Beschwerdeführerin radiologisch gründlich abgeklärt worden, so dass auch bei nochmaliger sorgfältiger Evaluation eine Arbeitsunfähigkeit und Beschwerdesituation mehr als sechs Monate nach dem Unfallereignis nicht mit Sicherheit im Zusammenhang stehe mit dem Trauma und andere Faktoren eine Rolle spielen müssten.

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Aus der dargelegten medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zum versicherten Unfallereignis vom 9. September 2009 über typische, zum Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörende Beeinträchtigungen (vgl. E. 1.2.2 hiervor) klagte, welche sich allerdings trotz eingehender klinischer und bildgebender Abklärungen weder initial noch im Verlauf hinreichend (vgl. E. 1.3.2 hiervor) objektivieren liessen. So zeigten die am Tag nach dem Unfall am 10. März 2009 im Spital A. durchgeführten röntgenologischen Untersuchungen der HWS einen unauffälligen Befund und insbesondere keine Fraktur (vgl. E. 3.1 hiervor). Alsdann brachte auch die im Zuge der neurologischen Konsiliaruntersuchung durch Dr. E. veranlasste Kernspintomographie der HWS und des Schädels vom 2. Februar 2010 abgesehen von einer Steilstellung der HWS keine pathologischen Auffälligkeiten zur Darstellung (vgl. E. 3.4 hiervor). Da von einer weiteren Bildgebung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden keinem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss aus dem Vorliegen von Schmerzen nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden kann. Da sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht, muss verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse. Weiter können auch klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.2.1.1.1.1 Ob die bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klares unfallbedingtes organisches Korrelat zu Grunde liegt (vgl. E. 4.1 hiervor), in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis vom 9. September 2009 stehen, muss an dieser Stelle nicht abschliessend geklärt werden. Denn wie bereits festgehalten (vgl. E. 1.3.2 hiervor), ist bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Grundsätzen (sogenannte Psycho-Praxis) oder nach der vom Bundesgericht mit BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Rechtsprechung (sogenannte Schleudertrauma-Praxis) zu erfolgen hat, kann ebenfalls offen bleiben, zumal - wie im Folgenden zu zeigen sein wird (vgl. nachstehend E. 4.3) - auch die Beurteilung nach der für die Beschwerdeführerin günstigeren letzteren Praxis zur Verneinung der Adäquanz führt. Demzufolge

erÄ¼brigen sich Weiterungen zum natÄ¼rlichen Kausalzusammenhang ebenso wie diesbezÄ¼gliche medizinische AbklÄ¼rungsmassnahmen (vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 5.1).

4.3

4.3.1Ä Ä In Bezug auf den strittigen Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit verbunden der AdÄ¼quanzprÄ¼fung ist festzuhalten, dass nach Art. 19 Abs. 1 UVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie PrÄ¼fung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine IntegritÄ¼tsentschÄ¼digung) abzuschliessen hat, wenn von der Fortsetzung der Ä¼rztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allÄ¼llige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (BGE 134 V 109 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung noch mÄ¼glich ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der ArbeitsfÄ¼higkeit, soweit diese unfallbedingt beeintrÄ¼chtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes Ä¼namhaftÄ¼ durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genÄ¼gen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3). Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eingliederungsmassnahmen der IV standen vorliegend nicht zur Diskussion. GestÄ¼tzt auf die medizinischen Akten ist sodann mit der Beschwerdegegnerin nicht davon auszugehen, dass am 15. MÄ¼rz 2010 mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Fortsetzung der Ä¼rztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne der dargelegten Rechtsprechung zu erwarten war. Jedenfalls ist keine echtzeitliche medizinische Stellungnahme aktenkundig, welcher sich die Prognose einer zu erwartenden gesundheitlichen Besserung mit der Folge einer erheblichen Steigerung der ArbeitsfÄ¼higkeit entnehmen liesse. Bei der BeschwerdefÄ¼hrerin stand im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 15. MÄ¼rz 2010 die Kopfschmerzproblematik im Vordergrund, wobei das geklagte Ausmass der Beschwerden nicht mit einer organisch ausgewiesenen Verletzung korrespondiert und sich insofern die hausÄ¼rztlich bescheinigte ArbeitsunfÄ¼higkeit (in der HÄ¼he von 60 % ab 1. MÄ¼rz 2010, vgl. E. 3.5 hiervor) nicht nachvollziehen lÄ¼sst. Immerhin berichtete Dr. B.____ am 18. Februar 2010, dass unter Physiotherapie eine zunehmende gesundheitliche Verbesserung (bei Persistenz der Cephalaea und der KonzentrationsschwÄ¼che) erreicht werden konnte (vgl. E. 3.5 hiervor). Die Neurologin Dr. E.____ fÄ¼hrte die Kopfschmerzproblematik mit Blick auf die durchwegs blanden Befunde auf den hohen Medikamentenkonsum (und allenfalls auf psychische Momente) zurÄ¼ck und empfahl nachdrÄ¼cklich eine Reduktion der Schmerzmittelmedikation (vgl. E. 3.4 und 3.6 hiervor). Des Weiteren wurden anÄ¼sslich der neuropsychologischen Untersuchung vom 30. November 2009 im Spital C.____ auch die diffusen kognitiven Minderleistungen im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik interpretiert (vgl. E. 3.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund Ä¼berrascht es nicht, dass der Hausarzt Dr. B.____ nebst der WeiterfÄ¼hrung der Physiotherapie keine weiteren Behandlungsmassnahmen vorgeschlagen hat (vgl. E. 3.5 hiervor). Im Ä¼brigen setzt der Fallabschluss praxisgemÄ¼ss nicht voraus, dass eine Ä¼rztliche Behandlung nicht lÄ¼nger erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2 mit

Hinweis). Bei dieser Sachlage ist der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin per 15. März 2010 nicht zu beanstanden.

4.3.2. In Bezug auf die Schwere des Unfallereignisses vom 9. September 2009 besteht zwischen den Parteien insofern Uneinigkeit, als die Beschwerdegegnerin dieses als leicht einstufte (Urk. 2 S. 14), wogegen die Beschwerdeführerin die Kollision als Auffahrunfall im mittleren Bereich einordnete (Urk. 1 S. 7). Ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (zur diesbezüglich ausschliesslichen Relevanz bei der Prüfung der Unfallschwere: BGE 134 V 109 E. 10.1; Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, publiziert in: SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26), insbesondere auf Grund des doch eher harmlosen Geschehensablaufs, des polizeilich geschätzten Sachschadens (vgl. Unfallaufnahme-Protokoll der Kantonspolizei Zürich, Urk. 8/1) und der Expertise der F. GmbH vom 8. April 2010 (Urk. 8/24), wonach die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-V) 8-11 km/h betrug, sowie mit Blick auf die bundesgerichtliche Kasuistik (vgl. etwa die Zusammenstellung im Urteil 8C_996/2010 vom 14. März 2011 E. 7.2) ist festzustellen, dass gesamthaft betrachtet höchstens von einem mittelschweren Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen ist. Die Adäquanz eines etwaigen natürlichen Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn eines der massgebenden Adäquanzkriterien (vgl. E. 1.3.3 hiervor) in besonders ausgeprägter Weise oder vier dieser Kriterien in einfacher Form erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

4.3.3. Unbestrittenermassen ereignete sich der Unfall vom 9. September 2009 weder unter besonders dramatischen Begleitumständen noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Auch steht nach Lage der Akten zu Recht ausser Frage, dass die beiden Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, und der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen - eine solche kann praxisgemäss nicht bereits aus der Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung abgeleitet werden (BGE 134 V 109 E. 10.2.2) - nicht gegeben sind. Soweit die Beschwerdeführerin replicando geltend machen lässt, die verbleibenden vier Kriterien seien allesamt erfüllt (Urk. 11 S. 3), kann ihr nicht gefolgt werden. Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vormals: ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung) ist objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens der versicherten Person zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_970/2008 vom 30. April 2009 E. 5.4). Im Falle der Beschwerdeführerin kann nicht von einer fortgesetzten und belastenden ärztlichen Behandlung ausgegangen werden, zumal Abklärungsmassnahmen und bloss ärztliche Kontrollen im Rahmen dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen sind und weder die nebst der medikamentösen Behandlung zur Anwendung gelangenden physiotherapeutischen Massnahmen noch die alternative Behandlungsmethode mittels Kraniosakraltherapie auf eine fortgesetzte belastende ärztliche Behandlung schliessen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_234/2011 vom 4. Juli 2011 E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen). Schliesslich bedarf es zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und/oder der erheblichen Komplikationen besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Solche Faktoren bestehen hier nach Lage der Akten nicht. Insbesondere genügt die Einnahme vieler Medikamente und Durchführung verschiedener Therapien zur Bejahung dieses Kriteriums ebenso

wenig wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (vgl. E. 5.3 des bereits zitierten Urteils 8C_234/2011 vom 4. Juli 2011). Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann das Kriterium der erheblichen Beschwerden (vormals: Dauerbeschwerden) unter Hinweis auf Erwägung 3.3.4 des Urteils des Bundesgerichts 8C_860/2008 vom 19. Dezember 2008 zu verneinen. Somit müsste für die Bejahung der Adäquanz das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (vormals: Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) in ausgeprägter Form erfüllt sein, was namentlich der Fall ist, wenn die versicherte Person Bemühungen zur Wiedereingliederung, welche eindeutig über das im Normalfall unter dem Titel der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht zu erwartende Ausmass hinausgehen, nachzuweisen in der Lage ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.7.2). Ein solcher ausserordentlicher Einsatz ist bei der Beschwerdeführerin nicht zu erkennen und wurde von ihr auch nicht geltend gemacht.

Dementsprechend ist die Adäquanz eines etwaigen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 9. September 2009 und den über den 15. März 2010 hinaus geklagten Beschwerden zu verneinen. Somit erweist sich die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin als rechtfertigbar, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Bischoff

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

- Progrès Versicherungen AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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