

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00104 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00104

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00104 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00104 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1982, war als arbeitslose Person durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 10. Januar 2008 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde und dabei eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine Kontusion der Brustwirbelsäule (BWS) erlitt (Arztzeugnis UVG vom 9. Februar 2008, Urk. 11/4).

Mit Verfügung vom 14. September 2010 stellte die SUVA gut zweieinhalb Jahre nach dem Unfall

mangels Nachweisbarkeit und Adäquanz der noch geklagten Beschwerden die bis dahin erbrachten Versicherungsleistungen per 30. September 2010 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 11/150). Hiergegen erhob die Versicherte am 14. Oktober 2010 Einsprache (Urk. 11/153), welche die SUVA mit Einsprache entschieden vom 4. März 2011 abwies (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 6. April 2011 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte zusammengefasst, die Sache sei mit der Feststellung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, dass sich der Gesundheitszustand noch nicht stabilisiert habe; eventualiter unter Anweisung der Beschwerdegegnerin, es sei eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. Subeventualiter beantragte sie, es seien die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 20 % und nach Massgabe eines noch festzustellenden Integritätsschadens (richtig: Integritätsschadens) in der Höhe von mindestens 10 % auszurichten. Subeventualiter sei das Verfahren bis zum Abschluss der laufenden Infiltrationstherapie und bis zum Abschluss der laufenden beruflichen Integration (ca. Juli 2011) zu sistieren. Die Beschwerdegegnerin sei ausserdem zu verpflichten, die Kosten der begonnenen Infiltrationstherapie und die Honorarkosten von Dr. med. Y.____ zu übernehmen. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

Am 27. April 2011 (Urk. 6), am 29. Juni 2011 (Urk. 13), am 5. Juli 2011 (Urk. 15) und am 24. August 2011 (Urk. 18) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen nach (Urk. 3/16-17; Urk. 14; Urk. 16; Urk. 19).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2011 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2011 mitgeteilt wurde (Urk. 12).

Am 23. November 2011 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Sistierung des Beschwerdeverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Abklärungsverfahrens der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV, (Urk. 20), welches mit Verfügung vom 1. Dezember 2011 (Urk. 21) bewilligt wurde. Am 20. Januar 2012 reichte sie weitere Unterlagen ein (Urk. 23-24). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2013 wurde die Sistierung des Verfahrens aufgehoben, nach dem die Mitteilung der Invalidenversicherung vom 14. August 2013 über die abgeschlossene, rentenausschliessende Eingliederung (Urk. 26) eingegangen war (Urk. 27).

Am 17. März 2014 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie an ihrem Antrag auf eine öffentliche Verhandlung festhalte (Urk. 30). Am 24. April 2014 reichte sie erneut verschiedene Unterlagen ein (Urk. 31–32). Zu diesen nahm die Beschwerdegegnerin am 23. Mai 2014 Stellung (Urk. 33; Urk. 35).

Im Rahmen der am 28. Oktober 2014 durchgeführten Verhandlung beantragte die Beschwerdeführerin in ihrer Replik, es sei eine gerichtliche Begutachtung durchzuführen unter Einbezug der neuro-otologisch, der neuro-ophthalmologischen, der neuro-psychologischen und der psychiatrischen Fachrichtung. Zudem sei von der Beschwerdegegnerin ein hochauflösendes MRT, eine Doppler-Sonographie, ein Schädel-CT und eine allumfassende Angiographie zu veranlassen. Ferner beantragte sie, es seien die Haftpflichtakten beizuziehen und die Haftpflichtversicherung zum Verfahren beizuladen. Weiter seien die Akten der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung hinsichtlich der unternommenen Eingliederungsanstrengungen beizuziehen. Schliesslich sei über die gestellten Beweisanträge gerichtlich eine Beweisverfügung nach Art. 154 ZPO zu eröffnen (Protokoll S. 6 i.V.m. Urk. 41 S. 12 f.). In ihrer Duplik hielt die Beschwerdegegnerin am Einspracheentscheid und dem in der Beschwerdeantwort Vorgebrachten fest und schloss auf Abweisung der Beschwerde (Protokoll S. 6 f.).

E. 2.1

Der Unfall, welcher die hier strittigen Leistungen betrifft, ereignete sich, als die Beschwerdeführerin mit ihrem Personenwagen frontal mit einem anderen Personenwagen kollidierte, weil der Lenker des anderen Fahrzeugs einen durch ein Stoppsignal signalisierten Vortritt missachtet und die Beschwerdeführerin nicht mehr rechtzeitig abbremsen konnte. Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung (Triage) vom 25. September 2008 (Urk. 11/35) erfuhr ihr Fahrzeug durch den frontalen Anprall eine Geschwindigkeitsänderung (Δv) im Sinne einer Verlangsamung in Richtung der Fahrzeuglängsachse, die innerhalb eines Bereichs von 20–30 km/h gelegen haben dürfte.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht über zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis vom 10. Januar 2008 per 30. September 2010 mit der Begründung, dass die bei der Beschwerdeführerin noch vorliegenden Kopfschmerzsymptome mit Migränesymptomen eines objektivierbaren organischen Substrats entbehren, da weder bildgebend noch anderswie eine unfallbedingte strukturelle Veränderung nachgewiesen werden können (Urk. 2 S. 4 ff.). Sie prüfte den adäquaten Zusammenhang der verbliebenen Beschwerden mit dem Unfallereignis und kam zum Schluss, dass die rechtsprechungsgemäss geforderten Kriterien nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 7 ff.).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber hauptsächlich geltend, dass der in ihrem Auftrag durch

Dr. med. Y.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, erstattete

audio-neurootologische Bericht vom 16. Februar 2011 (Urk. 11/166)

Anhaltspunkte dafür liefere, dass über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus ein vielschichtig zusammenwirkendes somatisch-psychisches Beschwerdebild bestehe (Urk. 1 S.

Ziff. 16–23). Genauer müsste eine interdisziplinäre Begutachtung zeigen. Ferner führte sie an, dass die Beschwerdegegnerin in anderen Leistungsfällen auch schon auf audio-neurootologische Untersuchungsberichte von Dr. Y.____ abgestellt habe (Urk. 1 Ziff. 24, vgl. auch Urk. 41). Andernorts hielt sie fest, dass aufgrund des genannten Berichtes ein objektivierbares organisches unfallkausales Substrat habe nachgewiesen werden können, weshalb eine Adäquanzprüfung eigentlich obsolet sei. Der Unfall sei mindestens als Mitauslöser für die heutigen Beschwerden anzusehen. Ferner müsse die psychische Problematik, insbesondere ob ein eigenständiges psychisches Leiden vorliege, untersucht werden. Auch die Adäquanzkriterien, sofern sie überhaupt zu prüfen seien, könnten aufgrund der mangelhaften Abklärungen nicht schlüssig beurteilt werden. Mindestens drei der Kriterien könnten aber als erfüllt betrachtet werden, womit mehrere Kriterien in gehäufte Form vorlägen (alles unter Urk. 1 Ziff. 25, vgl. auch Urk. 41). Schliesslich machte die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Fall ohnehin zu früh abgeschlossen, da es fachärztlich ausgewiesen sei, dass ein somatisches Verbesserungspotential vorliege (Urk. 1 Ziff. 26, vgl. auch Urk. 41).

E. 3

10

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, erstattete

der Beschwerdegegnerin am 7. August 2009 ein neurologisches Gutachten.

Er beschrieb in seiner Zusammenfassung und Beurteilung (S. 13 ff.) den normalen Heilungsverlauf bei einer HWS-Distorsion, wie sie die Beschwerdeführerin erlitten hatte, und gab an, dass über einen Zeitraum von drei Monaten anhaltende oder gar zunehmende Zervikalbeschwerden, wie sie bei der Beschwerdeführerin vorlägen, nicht dem erwartungsgemässen, verletzungskonformen Verlauf einer entzündlich-reparativen Gewebsreaktion nach einer mechanischen Weichteilverletzung mit Überdehnung von Bändern, Sehnen, Muskeln und Nerven entsprechen würden. In dieser Situation müsse nach anderen unfallfremden Faktoren gesucht werden. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen hätten sich mit den Faktoren beschäftigt, die zu einer Beschwerdechronifizierung nach leichter HWS-Distorsion, wie man sie in 10 bis 15 % der Fälle finde, beitragen. Hierbei handle es sich nicht um eine homogene Population, so dass die bestehenden Beschwerden und die sonstigen Umstände subtil zu differenzieren seien und individuelle Therapiestrategien in einem vorzugsweise multimodalen Behandlungskonzept erfordern würden.

Nach Literaturangaben begünstigten insbesondere psychische Faktoren und psychiatrische Komorbidität, besonders depressive Erkrankungen sowie chronische Schmerzen einen

protrahierten Verlauf. Im Fall der Beschwerdeführerin sei im weiteren Verlauf eine Depression diagnostiziert worden und sie klage über chronische, nicht ausreichend somatisch abstützbare Schmerzen. Daneben spielten gemäss Literatur psychosoziale und demographische Faktoren neben den direkten unfallbedingten Variablen eine Rolle. Nicht zuletzt begünstigten nach Literaturangaben auch unsachgemässe Behandlung, iatrogene Fehlattri bution , inadäquate Unfallverarbeitung und juristische Interventionen sowie unan gemessene Vergeltungs- und Kompensationsforderungen eine Chronifizierung und Fixierung der Krankenrolle massgeblich. Bei der Beschwerdeführerin sei festzuhalten, dass keine adäquate Behandlung der im Vordergrund stehenden Kopfschmerzproblematik erfolge.

Zur Frage, ob es im Rahmen des Ereignisses vom 10. Januar 2008 neben der leichten HWS-Distorsion zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung gekommen sei, sei eine differenzierte Betrachtung notwendig. Zunächst sei fest zustellen, dass die echtzeitlichen Angaben, ob überhaupt ein Kopfanprall als notwendige Voraussetzung einer Kopfverletzung, stattgefunden habe, wider sprüchlich seien. So sei im HWS-Erstdokumentationsbogen vom Unfalltag ein Anprall des Kopfes gegen die Nackenstütze festgehalten. Im ersten Arztzeugnis des Spitals Z.____, basierend auf eine r ambulante n Untersuchung am Unfalltag, würde dagegen keine Kopfverletzung erwähnt. Auch im Arztbrief über die Not fallbehandlung im Spital Z.____ sei festgestellt worden, dass kein Kopfanprall stattgefunden habe. Die spätere biomechanische Aufarbeitung des Unfalles habe ergeben, dass es sich allenfalls um einen energiearmen Kopfanprall gegen die Nackenstütze gehandelt haben könn t e, der biomechanisch nicht geeignet gewesen sei, eine Schädel-Hirnverletzung zu verursachen.

Insoweit seien auch die wiederum diskrepanten echtzeitlichen Angaben zu einer stattgehabten Bewusstseinsveränderung oder einer posttraumatischen Amnesie eher kritisch zu bewerten. Im HWS-Erstdokumentationsbogen würden zwar eine Bewusstlosigkeit im Sekundenbereich und eine Erinnerungslücke von weniger als einer Minute genannt, wohingegen im Ambulanzbrief keine Gedächtnislücke festgehalten worden sei. Bei biomechanisch nicht relevantem Kopfanprall sei das von der Beschwerdeführerin berichtete „Schwarzwerden vor Augen“ und das „auf den Boden sinken“ beim Verlassen des Unfallfahrzeugs auch nicht als hirnorganisch bedingte Bewusstseinsveränderung, sondern eher als Kreislauf reaktion zu bewerten. Für eine psychogene Schockreaktion spreche zudem die mehrfach dokumentierte affektive Labilisierung nach dem Unfall.

Unter Berücksichtigung aller Fakten könne eine im Rahmen des Unfallereignisses stattgehabte traumatische Schädel-Hirnverletzung mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Bei der aktuellen neurologischen Begutachtung schildere die Beschwerdeführe rin einen drei bis vier Wochen nach dem Unfallereignis erstmals aufgetretenen attackenartigen Kopfschmerz, der unter Berücksichtigung der Internationalen Kopfschmerzklassifikation ICHD-II der IHS (International Headache Society) eindeutig als Migräne mit Aura mit der Kodierung 1.2 zu diagnostizieren sei. Eine Migräne als zyklisch-konstitutionelle Kopfschmerzform mit hoher Spon tanprävalenz in der Normalbevölkerung könne aus heutiger fachlicher Sicht nicht durch eine HWS-Distorsion ausgelöst werden. Eine vorübergehende Ver schlechterung einer vorbestehenden Migräne sei gemäss medizinischer Studien dagegen über sechs bis zwölf Monate vorstellbar. Bei der Beschwerdeführerin fall e der Zeitpunkt der Migräneerstmanifestation überwiegend wahrscheinlich zufällig in die Zeit

nach dem Unfall. Die von ihr selbst berichtete Latenz von drei bis vier Wochen stütze die Annahme einer nur zufälligen Koinzidenz. Würde man eine zeitlich begrenzte unfallbedingte Verschlechterung anerkennen, wäre dennoch allerspätestens nach einem Jahr von einer eigenständigen Dynamik des primären Kopfschmerzes auszugehen. Der hier vorliegende, sich sukzessive entwickelte Übergebrauch von Medikamenten sowie die psychiatrische Komorbidität würden Risikofaktoren für eine Chronifizierung darstellen.

Unter Berücksichtigung der Medikamentenanamnese seien bei der Beschwerdeführerin inzwischen die diagnostischen Kriterien eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch gemäss ICHD-II-Kode 8.2 erfüllt. Es sei festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell keine adäquate Behandlung der Kopfschmerzen erfolge. So nehme sie regelmässig nicht unerhebliche Mengen des Triptans

Maxalt

und die initiierte Migräneprophylaxe mit dem Betablocker Inderal werde nicht konsequent betrieben. So nehme die Beschwerdeführerin das Medikament nur sporadisch unter der falschen Vorstellung, dass es zur symptomatischen Akutbehandlung diene. Hier wäre weitere Aufklärungsarbeit durch den behandelnden Neurologen zu leisten.

Der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund sei bei der aktuellen Begutachtung unauffällig und die Halswirbelsäule nicht bewegungsbeschränkt gewesen. Es habe sich auch kein relevanter muskulärer Hartspann palpieren lassen und hätten sich keine umschriebenen Myogelosen im Bereich der Zervikalermuskulatur gefunden. Eine klinisch relevante HWS-Problematik sei insoweit mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen.

Organisch nachweisbare Beschwerden, die auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, lägen damit keine vor. Als organisch nicht nachweisbare und glaubhafte Beschwerden bestünden Kopfschmerzen, die wie ausgeführt zu qualifizieren seien. Die Migräne als zyklisch-konstitutionelle Kopfschmerzform stelle eine eigenständige Krankheitsentität dar. Bei den sich sekundär entwickelten Kopfschmerzen infolge Medikamentenübergebrauchs handle es sich um eine Folge der unsachgemässen Behandlung. Die Kopfschmerzen seien jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. Januar 2008 zurückzuführen (Urk. 11/95).

E. 3.1

Die Erstbehandlung am Unfalltag erfolgte im Spital Z.____. Die Ärzte der chirurgischen Notfallstation berichteten, dass die Beschwerdeführerin mit der Ambulanz gebracht worden sei, nachdem sie mit ihrem Fahrzeug frontal in ein von links aus einer Stoppstrasse kommendes Auto gefahren sei. Sie sei angegurtert gewesen, der Airbag sei ausgelöst worden. Es habe keinen Kopfanprall gegeben. Beim Aussteigen habe ihr ein Passant geholfen. Hierbei sei es ihr vor den Augen schwarz geworden und sie sei zu Boden gesunken. Sie sei weinend am Boden zu sich gekommen. An den Unfall könne sie sich gut erinnern. Es sei ihr schwindlig und ein bisschen übel gewesen. Der Kreislauf sei allzeit stabil gewesen. Als Diagnose nannten die Ärzte eine HWS-Distorsion Grad II, eine Thorax- und eine BWS-Kontusion. Die Halswirbelsäule sei sehr schmerzhaft mit Druckdolenz über der gesamten HWS mit Ausstrahlung vor allem in die rechte Schulter. Ebenfalls bestehe Druckdolenz über der Wirbelsäule interscapulär und am thorakolumbären Übergang sowie thorakal rechts. Es bestehe kein Achsenstossschmerz. Die Ohrenuntersuchung sei

unauffällig gewesen. Es läge weder ein Thorax- oder Sternum - noch ein Beckenkompressionsschmerz vor. Sämtliche Extremitäten seien in allen Gelenken frei und schmerzlos beweglich ohne Druckdolenz. Die Sensibilität sei symmetrisch und intakt. Die Röntgenaufnahmen böten keine Hinweise für Frakturen. Im Ultraschall gebe es keine Anzeichen für eine Organverletzung. Als Medikament habe sie 500mg Mepha dolor viermal täglich erhalten. Ebenfalls habe man ihr eine Infobroschüre über HWS-Distorsion und eine Verordnung für eine ambulante Physiotherapie abgeben. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden, da die Beschwerdeführerin zurzeit auf Arbeitssuche sei (Urk. 11/134).

E. 3.2

Dr. med. A.____, FMH Innere Medizin, berichtete am 3. Juni 2008, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall zunächst keine Schmerzmittel eingenommen und erst vier Wochen später wegen persistierender Schmerzen im Rücken erstmals zu ihm in die Konsultation gekommen sei. Er habe ein posttraumatisches zerviko-thorakovertebrales Syndrom mit Myotendinosen bei Status nach Autounfall sowie nach Commotio cerebri diagnostiziert. Am 25. März 2008 seien erstmals heftige Kopfschmerzen aufgetreten. Die Schmerzen würden hauptsächlich auf der rechten Kopfseite empfunden, maximal unter dem rechten Auge, teilweise auch mit Sehstörungen und Lichtempfindlichkeit. Sie habe primär auf Triptane angesprochen (Maxalt, Zomig). In den letzten Wochen hätten sich die Migräneattacken gehäuft auf zwei- bis dreimal pro Woche, teilweise mit Erbrechen und zunehmend schlechterem Ansprechen auf Triptane. Aus diesem Grund, und auch weil die Beschwerdegegnerin eine Abklärung wünsche, wies Dr. A.____ die Beschwerdeführerin Dr. med. B.____, FMH Neurologie, zur neurologischen Untersuchung zu (Urk. 11/20).

E. 3.3

Dr. B.____ gab am 25. Juni 2008 an, dass die HWS eingeschränkt beweglich sei, vor allem für die Reklination und für die Kopffrotation nach rechts. Palpatrisch habe er eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur rechts deutlicher als links festgestellt. Neurologische Ausfälle bestünden keine. Der neurologische Untersuchung habe keine Hinweise für traumatische Gefässschäden erbracht. Der EEG-Befund sei normal, die visuell evozierten Potentiale beidseits im Normbereich. Eine Verletzung am Nervensystem sei wenig wahrscheinlich. Er empfehle die Aufnahme einer Physiotherapie mit ergänzend leichter Aktivierung (Urk. 11/24).

E. 3.4

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde am 25. September 2008 eine biomechanische Kurzbeurteilung (Triage) durchgeführt. In der biomechanischen Bewertung wurde angegeben, dass keine biomechanisch relevanten Besonderheiten aktenkundig seien, weder bezüglich der Kollisionsumstände noch der persönlichen Anamnese, so dass keine Abweichung vom Normalfall vorliege. Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlage, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher erklärbar seien. Für die Diagnose „Commotio cerebri“ würden sich anhand der vorliegenden Angaben eines Kopfanpralls an die Kopfstütze – bei einer frontalen Kollision könne dies nur beim energiearmen Rückprall entstehen – und einer mutmasslichen Kreislaufschwäche nach dem Aussteigen ohne wesentliche Gedächtnislücke aus biomechanischer Sicht keine Hinweise

ergeben . Im Gegenteil: ein organisch bedingter Hirnschaden sei infolge der Kollision auszuschliessen. Bei Kollisionen oder auch anderen mechanischen Ereignissen, die überraschend auftreten würden und mit erheblichen Geräuschen und einer unbewussten Angstsituation verbunden seien, werde von den Beteiligten häufig berichtet, sie seien anschliessend „benommen“, „verwirrt“, „erschreckt“ oder gar „bewusstlos“ gewesen. Es könne durch eine als gefährlich oder bedrohlich erscheinende Situation auch dazu kommen, dass man sich an die Details des Ereignisses nicht mehr genau erinnern könne. Wenn – wie hier – durch die biomechanische Analyse und die Aktenlage erstellt sei, dass erstens kein Kopfanprall stattgefunden hatte und dass zweitens ein Beschleunigungsmechanismus bei der ermittelten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung bezüglich des Gehirnes in einem nur unerheblichem Ausmass habe stattfinden können, so ergebe sich aus biomechanischer Sicht, dass ein echter, hirnorganisch bedingter Bewusstseinsverlust, welcher allenfalls auf eine „milde traumatische Hirnverletzung“ hin weisen könnte, auszuschliessen sei (Urk. 11/35) .

E. 3.5

Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 18. November 2008, dass er die Beschwerdeführerin neu hausärztlich betreue. Sie leide seit dem Unfall an Nackenschmerzen und zusätzlichen unspezifischen Gesundheitsstörungen. Zudem bestehe eine mittelschwere Depression (Urk. 11/40).

E. 3.6

Am 20. Januar 2009 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation führte an, dass bei der Beschwerdeführerin eine residuelle, eher gering ausgeprägte linksseitige Zervikalgie bestehe sowie rechts

ein hemikranieller

migräneartiger Kopfschmerz nach Frontalkollision ohne Nachweis struktureller Läsionen im Bereich der HWS. Ferner liege eine Depression vor.

Ein Jahr nach dem Unfallereignis bestünden im Bereich der HWS noch geringfügige Restbeschwerden. Strukturell nachweisbare Läsionen seien im Bereich der HWS nicht gefunden worden, neurologische Auffälligkeiten oder Defizite seien ebenfalls zu keinem Zeitpunkt aufgetreten. Da muskulär keine Auffälligkeiten tastbar seien und lediglich leichte

Druckdolenzen bestünden sowie die HWS frei beweglich sei, sei die HWS-Distorsion mit Kategorie-III zu qualifizieren.

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass relativ frühzeitig ca. eine Woche nach dem Unfallereignis Migräneattacken aufgetreten seien. Von medizinischer Seite werde dies erstmals von Dr. A.____ genannt (vgl. E. 3.2), welcher sinnvoll erweise eine Behandlung mit Triptanen begonnen habe, worunter die Beschwerdeführerin eine deutliche Linderung erfahren habe. In der neurologischen Untersuchung bei Dr. B.____ sei dann allerdings keine mögliche posttraumatische Migräne benannt worden. Das Fehlen von Kopfschmerzen vor dem Unfall und die recht typischen migräneartigen Beschwerden, die gut auf die Triptane angesprochen und deutlich remittiert seien, bewege ihn dazu, mindestens initial von Unfallfolgen auszugehen und die Medikamentenkosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu sehen. Inwiefern die Migränesymptomatik von der erst ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis aufgetretenen Depression akzentuiert oder auch durch die

Eisenmangelanämie beeinflusst worden sei, sei schwer zu beurteilen. Es sei schon vorstellbar, dass diese zusätzlichen Aspekte einen nicht unfallbedingten Einfluss auf die Migräne verursacht hätten. Erfreulicherweise nehme die Anfallshäufigkeit jedoch deutlich ab. Die Beschwerdeführerin sei aktuell ganztagig arbeitsfähig, jedoch sollten noch keine allzu hellen oder stark wechselnden Lichtverhältnisse vorherrschen und noch keine Tätigkeiten verrichtet werden, bei denen die HWS länger andauernd in einer Rotation, Inklination oder Flexion im letzten Drittel des vollen Bewegungsausmasses gehalten werden müsste (Urk. 11/47).

E. 3.7

Am 11. Februar 2009 berichteten Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. F.____, Dipl. Analyt. Psychologin, Psychotherapeutin SPV/ASP, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Februar 2008 in ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei, die Gesprächs- und Psychopharmakotherapie umfasse. Sie leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2, Urk. 11/56).

E. 3.8

Am 25. März 2009 gab Kreisarzt Dr. D.____ an, dass die Fragestellung noch offen sei, inwiefern die zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung noch eine Dynamik bezüglich der Anfallshäufigkeit aufweisenden migräneartigen Kopfschmerzen bereits einen Endzustand erreicht hätten bzw. ob die jetzigen Beschwerden überhaupt noch unfallkausal seien. Für die Beantwortung dieser Fragestellung sei das Dossier der Neurologie vorzulegen (Urk. 11/62).

E. 3.9

Am 1. April 2009 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, dem Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A.____, von seiner neurologischen Untersuchung. Die Beschwerdeführerin habe eine Kollision erlitten, wobei sie sich nicht an die Kollision erinnern könne. Es sei eine kurze Bewusstlosigkeit entstanden. Somit habe sie eine Commotio cerebri erlitten. Die Hauptwirkung der Kollision sei jedoch neben dem Zervikalsyndrom eine neurovegetative Störung mit Migräne oder Migräneäquivalenten. Die Untersuchung habe eine eingeschränkte HWS im Bereich der Kopfgelenke und der unteren HWS bei Rotationen kombiniert mit Inklination und Reklination gezeigt. Es bestehe eine Hypomobilität der Rotationen nach links im Sinne der muskulären Dysbalance. Es lägen keine sensomotorischen Ausfälle vor. Als Nebendiagnose liege eine Hauterkrankung vor. Bisher habe die Basistherapie nichts genützt, deshalb habe Inderal eingeführt werden müssen. Die Beschwerdeführerin verbrauche immer noch viel Maxalt. In der Physiotherapie werde sie weiter behandelt. Die Taval salbe die ne der Entspannung der Muskulatur. Die heutige Verordnung von Inderal 10 mg könne langsam bis 40 mg, dann 60 mg und bei guter Verträglichkeit auch auf 80mg gesteigert werden, je nachdem, wie die Beschwerdeführerin darauf anspreche. Es werde ein Migränekalender geführt. Statt Maxalt Muster sei ein Zomig Nasenspray mitgegeben worden, der nach zehn Minuten wirke (Urk. 11/106).

E. 3.12

Dr. G.____ führte am 30. Dezember 2009 aus, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis vom 10. Januar 2008 keine Migräne gehabt habe. Die Kopfschmerzen seien nach dem Unfall entstanden. Zwar stellten sie vom Charakter her Migräneäquivalente dar

und sprächen auf die Akutbehandlung mit Maxalt an. Die Beschwerdeführerin habe für das Jahr 2009 zu viel Maxalt

genommen, was auf einen Übergebrauch hinweise. Die Beschwerdeführerin habe Maxalt in der Überzeugung genommen, es handle sich um eine „Kopf schmerzbehandlung“ und nicht lediglich um eine Akutmedikation. Allerdings würden genaue Statistiken über die Häufigkeit der Kopfschmerzen im Jahr 2008 und bis März 2009 fehlen. Die Beschwerdeführerin hätte ohne das Unfall ereignis keine Triptane wie Maxalt genommen. Bei Absetzen des Maxalts habe sie wieder starke Migräne bekommen. Durch Einführung von Inderal sei jedoch die Frequenz geringer geworden bei gleichbleibender Intensität, allerdings bei einer Dosis von 40 mg. Die Dosis sei jetzt schrittweise auf 80 mg erhöht worden. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass die Kriterien für Medikamenten-Übergebrauch-Kopfweh nicht ganz erfüllt seien, sondern nur teilweise (Urk. 11/106).

E. 3.13

Am 25. Januar 2010 gab Dr. D. ___ an, dass auch Dr. H. ___ im Rahmen der Untersuchung zu seinem Gutachten eine völlig freie HWS vorgefunden habe. Es gehe hier, auch wenn Dr. G. ___ nochmals ein Funktions-CT der HWS gemacht habe, nicht um eine strukturelle Folgeerscheinung im Bereich der HWS. Orga nisch

nachweisbare strukturelle Schädigungen lägen keine vor. Die Frage sei einzig, ob es sich bei der Migräne um eine Unfallursache handle oder nicht. Dr. G. ___

sei hier offenbar anderer Ansicht als Dr. H. ___ . Der medizinische Endzustand sollte daher aus neurologischer Sicht beurteilt werden (Urk. 11/108).

E. 3.14

Aus der I. ___ wurde am 21. Juli 2010 berichtet, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom leide (ICD-10: F32.10). In den letzten drei Wochen sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands

gekommen und sie habe vermehrt Kokain und Speed konsumiert (Urk. 11/144).

E. 3.15

) indessen gar nicht mehr notwendig, so dass die die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss an die Hand genommen hatte.

E. 3.16

Am 25. Oktober 2010 berichtete Dr. G. ___ , dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Moment 20 % betrage. Es sei nochmals zu betonen, dass sie vor dem Unfall keinerlei Kopfschmerzen gehabt hätte. Nach dem Unfall sei die Beschwerdeführerin kurz bewusstlos gewesen. Es handle sich bei den Kopf schmerzen selbstverständlich nicht um eine angeborene Migräne, jedoch seien Migräneäquivalente nach HWS-Distorsionen bekannt, wahrscheinlich über das vertebrobasiläre System. Die Behandlung sei die gleiche wie bei einer angeborenen Migräne (Urk. 3/3).

E. 3.17

Dr. med. Y. ___ , Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, erstattete am 16. Februar 2011 im Auftrag der Beschwerdeführerin einen audio-neurootologischen Bericht. Dr. Y. ___ erhob den ORL Status und nahm verschiedene

audioneurootologische Untersuchungen vor (Audiometrie, visuell evozierte Potentiale, vestibulär evozierte

myogene Potentiale, klinische Vestibularprüfung, Elektronystagmographie, computerisierte dynamische Posturographie, Neck Disability Index nach Vernon, Type-D Personality /DS-16 Fragebogen). Er stellte die folgenden Diagnosen: - Status nach zervikozephaler Akzelerations-/ Dezerationstrauma mit - milder traumatischer Hirnverletzung - HWS-Distorsion im Rahmen der Frontalkollision vom 10. Januar 2008 - Posttraumatisches zervikozephalales Syndrom und Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit - zentral- vestibulärer Funktionsstörung - Hyperreaktivität des vestibulo-oculären Reflexes - Funktionsstörung des „velocity

storage“-Systems - visuo-oculomotorischer Funktionsstörung mit visuo-oculomotorischer Funktionsstörung - zervikoproprio-nocizeptiver Funktionsstörung bei multisegmentalen Mikroläsionen der zervikalen Facettengelenke rechtsbetont mit rechtsbetonten Zervikozephalgien / zervikogenen Kopfschmerzen, „third

occipital

headache“ rechts (Differentialdiagnose: posttraumatisches Migräne-Äquivalent) - „analgesic

overuse“-Syndrom

In seiner Beurteilung führte Dr. Y.____ aus, dass das vorliegende Beschwerdebild anhand der gesamten Beurteilungskriterien ohne das Unfallereignis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten wäre. Es gebe neben der manualmedizinischen Diagnostik nur wenige Testverfahren, welche Mikroläsionen im Bereich der zervikalen Bewegungssegmente, der Facettengelenke, des zervikozephalen Überganges, der zervikalen autochthonen Muskulatur und des posturalen Kontrollsystems objektivieren könnten. So eigne sich hierzu die ganze neuro-otometrische Testbatterie und speziell die modifizierte elektrostagmographische Untersuchungen mit Zerviko-Oculometrie. Dies seien Untersuchungen, welche bei der Beschwerdeführerin durchgeführt worden seien und welche pathologische Befunde aufweisen würden. Der diagnostische Teil des Verfahrens nach P.____ müsste bei der Beschwerdeführerin noch durchgeführt werden. Daneben nannte Dr. Y.____ noch drei weitere diagnostische Verfahren zum Nachweis von Mikroläsionen. Bis auf die von ihm durchgeführte neuro-otometrische Testbatterie seien keine der diagnostischen Verfahren bei der Beschwerdeführerin durchgeführt worden.

Obwohl bei der Beschwerdeführerin nicht der Schwindel und die Gleichgewichtsstörung mit visueller Symptomatik, sondern die Nacken- und Kopfschmerzen, im Vordergrund stünden, sei die von ihm durchgeführte Untersuchung absolut indiziert gewesen, da die oberen zervikalen Bewegungssegmente, aus welchen die Nacken- und Kopfschmerzen hervorgingen, wichtiger Teil des Gleichgewichtssystems und des posturalen Kontrollsystems seien.

Dr. Y.____ machte Ausführungen zu den Begriffen Kausalität, Kausalitätskette und Ätiologie und gab an, dass, wenn man seinen Bericht sorgfältig lese und alle Befunde der neuro-otometrischen Testbatterie analysiere, klar werde, dass die Kriterien für die Überprüfung der Ursache-Wirkung-Beziehung und für die Beurteilung der Unfallkausalität erfüllt und ausführlich begründet seien. Diese Befunde bzw. das neuro-otometrische Befundmuster liessen die posttraumatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin

objektivieren und stünden in guter Korrelation mit diesen. Durch diese objektiven Befunde und das deduktive und induktive Vorgehen könne man über die Analyse der von ihm erwähnten Kausalitätskette des Ursache-Folge-Zusammenhangs verlässliche Aussagen zur Unfallkausalität machen. Die unfallfremden Ursachen hätten aus ihrer eigenen Dynamik heraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die posttraumatische Symptomatik nicht auslösen und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigen können. Da andere kausale Zusammenhänge auszu-schliessen seien, stünden die posttraumatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im direkten, natürlich kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. Januar 2008. Somit erübrige sich die Adäquanzfrage.

Anhand der aussagekräftigen sophistizierten neuro-otometrischen Testbatterie habe bei der Beschwerdeführerin im Rahmen eines posttraumatischen zerviko-enzephalen Syndroms mit milder traumatischer Hirnverletzung eine trimodale Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems mit Funktionsstörung im Bereich der oberen zervikalen Bewegungssegmente mit Mikroläsionen der zervikalen Facettengelenke festgestellt werden können.

Einerseits könne man eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung und visuo-oculomotorische Funktionsstörung im ponto-mesenzephalen Bereich, auf der Basis der multiloculären intraaxonalen und synaptischen Mikroläsionen mit Glutamat-Mikrotoxikation (funktionell) feststellen. Darüber hinaus könne man eine Hyperreaktivität des vestibulo-oculären Reflexes wegen der Entthemung entlang des vestibulo-zerebellären Systems und auch auf objektiver Basis einer Funktionsstörung des „velocity storage“-Systems im Hirnstamm mit reduzierter Konstante des vestibulo-oculären und optokinetischen Reflexes in Kombination mit visuo-vestibulärer Integrationsstörung bei reduzierter Dominanz innerhalb des antizipierenden visuellen Systems (bei zusätzlicher verlängerter Latenz der visuellen Afferenz) feststellen. Alle diese Befunde mit unmittelbarer posttraumatischer Symptomatik am Unfallort mit kurzer Bewusstlosigkeit und Erinnerungslücken für Teile des Unfallherganges sprächen unwiderlegbar für eine milde traumatische Hirnverletzung als Folge der Frontalkollision. Somit handle es sich auch um eine Commotio cerebri. Zusätzlich könne man anhand der bildgebenden Diagnostik in Übereinstimmung mit dem Beschwerdebild und den Ergebnissen der zerviko-oculometrischen Testverfahren auch eine zerviko-proprio-nocizeptive Funktionsstörung rechtsbetont feststellen, mit einem Reizzustand des zervikalen Rezeptoren-Pools und erhöhtem Gain entlang des zerviko-oculären und zerviko-collischen Reflexes rechtsbetont, was als pathognomonisch für die Mikroläsionen im Bereich der Kapseln der zervikalen Facettengelenke anzusehen sei.

Dieser lokalisatorische

topo-anatomische Befund werde noch durch den Ablauf des Unfallherganges und die biomechanische und kinematische Belastung der zerviko-kranialen Region bekräftigt. Der Kopf der Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Kollision in sehr kurzer Zeit von ca. 100 ms ein äquivalentes Gewicht von fast 90 kg erreicht. Die in den Akten liegende biomechanische Kurzbeurteilung müsse daher dahin gehend korrigiert werden, dass die Beschwerden nach dem Unfall nicht nur „eher erklärbar“ seien, sondern als erklärbar betrachtet werden könnten. Auch die patientenimmanenten Risikofaktoren seien bei der Beschwerdeführerin nur ungenügend berücksichtigt worden.

Für die Entstehung und Ausbreitung der posttraumatischen Zerviko-Zephalgien sei die neuro-anatomische Verbindung zwischen der oberen zervikalen Region und dem zentralen Nervensystem sehr wichtig, was die Entstehung der posttraumatischen Kopfschmerzen (zervikogene Kopfschmerzen) mit Ausstrahlung bis zum Gesicht der Region temporo-mandibularis erkläre.

Nach der Beurteilung von Dr. Y.____ und unter Einbeziehung von allen Aspekten und Kriterien dieser unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen rechtsbetonten Nacken- und Kopfschmerzen (Zerviko-Zephalgien) handle es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um unfallassoziierte zervikogene Kopfschmerzen, was man definitiv durch die Radiofrequenz-Neurotomie der oberen Rami dorsales rechts auch ex juvantibus bestätigen könne.

Das somatische Verbesserungspotential durch eine adäquate Therapie sei ohne Weiteres vorhanden.

Anhand der erhobenen neuro-otometrischen Befunde und der Erfassung des Schwindel Handicap Index es könne man im Rahmen der SUVA/UVG Tabelle 14 und der subjektiven und objektiven Kriterien, aus rein neuro-otologischer Sicht einen Integritätsschaden von 25 % ausrechnen. Zu dieser Prozentzahl müsse natürlich der Integritätsschaden bezüglich Nacken- und Kopfschmerzen und der psychischen Symptomatik addiert werden (Urk. 11/166).

E. 3.18

Am 5. April 2011 berichteten Dr. rer. nat. K.____, FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, FA Interventionelle Schmerztherapie, und Dr. L.____,

Chiropraktor SCG/EUC, dass bei der Beschwerdeführerin ein zervikozephalales

Akzelerations-/Dezelerationstrauma, ein zervikozephalales und ein zervikobranchiales Syndrom vorliege. Aller Wahrscheinlichkeit nach seien die Gelenke C2/3 und C5/6 verletzt. Der genaue Nachweis von solchen Verletzungen könne über diagnostische Blockaden nach ISIS-Richtlinien gewonnen werden. Falls solche Beweise möglich seien, bestehe die Therapie aus der Langzeitbetäubung der betreffenden Nerven (Urk. 3/8).

E. 3.19

Am 4. September 2013 gaben Dr. med. M.____, FMH für Neurologie, und Dr. med. N.____, Neurologe, an,

dass sich bei der Beschwerdeführerin ein im Rahmen des Unfallgeschehens und auch mit zeitlichem Zusammenhang aufgetretene chronifizierte Kopfschmerzsymptomatik finde, die am ehesten als posttraumatisches Kopfweg anhand der IHS-Kriterien klassifiziert werden könne (Urk. 32).

E. 3.20

Am 1. März 2013 wurde aus der Klinik O.____ von einem unauffälligen MRT des Schädels und des Myelons ohne Hinweis für eine Enzephalomyelitis

disseminata berichtet (Urk. 34).

E. 4.1

Aus den nachvollziehbaren, sich auf eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten sowie auf die erforderlichen bildgebenden Untersuchungen stützenden Beurteilungen von Dr. D.____, Dr. H.____ und Dr. J.____ geht eindeutig und übereinstimmend hervor, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Kopfschmerzen nicht auf eine unfallkausale strukturelle Läsion (insbesondere auf keine traumatische Hirnverletzung) zurückführen lassen und auch sonst unfallbedingt keinerlei nachweisbare strukturelle Veränderungen vorliegen. Dr. G.____ führt zur Plausibilisierung seiner Beurteilung, dass die noch bestehenden Kopfschmerzen unfallkausal seien, nur das Argument „post hoc propter hoc“ an und vermag diese Einschätzung nicht durch neurologisch nachweisbare Befunde zu untermauern. Diese Argumentation alleine ist rechtsprechungsgemäss für die Begründung eines unfall versicherungsrechtlich relevanten Kausalzusammenhanges ungeeignet (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb) .

Einzig Dr. Y.____

erklärte gestützt auf seine audio-neurologischen Untersuchungsbefunde und insbesondere gestützt auf die festgestellten Mikroläsionen die bei der Beschwerdeführerin noch vorliegenden Beschwerden als unfallkausal. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermögen jedoch die von Dr. Y.____ praktizierten Untersuchungsmethoden keine Informationen zur Ätiologie der diagnostizierten Störungen und Läsionen und damit zur allfälligen Unfallkausalität zu liefern und insbesondere keine Unfallfolge organisch objektiv nachzuweisen (Urteil 8C_614/2007 des Bundesgerichts vom 10. Juli 2008 E. 4.3 m.w.H.). Angesichts der begrenzten Erklärungskraft der verwendeten Methode erweist sich damit das Gutachten von Dr. Y.____ per se als nicht geeignet, den Nachweis organischer Unfallfolgen zu erbringen. Dieses von der Beschwerdeführerin veranlasste Gutachten trägt damit nichts Wesentliches zur Aufklärung des rechtserheblichen Sachverhalts bei, es ist weder für die Entscheidungsfindung notwendig, noch ist darauf abzustellen. Bei den dadurch entstandenen Auslagen handelt es sich daher nicht um durch den Rechtsstreit verursachte notwendige Kosten, die der Beschwerdeführerin zu vergüten wären (vgl. BGE 115 V 62). Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Replik neu beantragt, es sei eine bestehende Schwindelproblematik durch weitere Untersuchungen abzuklären. Eine Schwindelproblematik stand aber unter Berücksichtigung der Aktenlage nie im Vordergrund der Beschwerden. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der am 28. Oktober 2014 durchgeführten Verhandlung auf die entsprechende Nachfrage auch an, dass stets und vornehmlich die Kopfschmerzattacken das Beschwerdebild bestimmt hatten, auch wenn anfänglich kurz nach dem Unfall auch ein Schwindel vorlag . Für weitere diesbezügliche Untersuchungen besteht daher kein Anlass.

Unter Berücksichtigung der ganzen medizinischen Aktenlage ist somit mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass kein durch strukturelle Läsionen oder Veränderungen erklärbarer unfallbedingter Gesundheitsschaden vorliegt . Weitere medizinische Abklärungen sind daher entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht erforderlich.

E. 4.2.1

Da keine objektivierbaren Unfallfolgen vorliegen, ist zu prüfen, ob die noch geklagten Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall ereignis vom

9. Februar 2008

stehen. Da bei der Beschwerdeführerin in der ersten Zeit nach dem Unfall das typische Beschwerdebild einer HWS Distorsion zumindest teilweise vorlag, hat die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der Adäquanz folgerichtig die rechtsprechungsgemässen Kriterien bei Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung (BGE 117 V 359, BGE 134 V 109) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle herangezogen.

Vorweg ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin die Adäquanzprüfung und damit den Fallabschluss nicht zu früh vorgenommen hat. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ergibt sich die Antwort auf die Frage, wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen hat, aus Art. 19 UVG (BGE 134 V 109 E. 3.2 S. 113 und E. 4 S. 113 ff.). Laut Abs. 1 Satz 1 dieser Norm entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen gemäss Art. 19 Abs. 1 Satz 2 UVG die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Der Unfallversicherer hat demnach die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einsetzung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 113 f.). Was unter namhafter Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, ist dies nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, zu bestimmen. Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen indessen nicht abgewartet zu werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_86/2014 vom 24. Juni 2014 E. 5.2 m.w.H.). Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ durch den Gesetzgeber verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Eine derart ins Gewicht fallende ärztliche Behandlung, Untersuchung oder Diagnostik war im Zeitpunkt der Adäquanzprüfung nach den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. J. ___ (E.

E. 4.2.2

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv fassbare) Unfallereignis. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die bestehenden Beschwerden zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Anknüpfend an das Unfallereignis ist – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zu unterscheiden zwischen banalen bzw. leichten Unfällen

einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des

Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. 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 Kausalzusammenhang ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 mit Hinweisen).

E. 4.2.3

Der Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien lautet : - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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 .

E. 4.2.4

Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil 8C_150/2011 des Bundesgerichts vom 14. Februar 2012 E. 9.1 m.w.H.). Wie sich aus der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 25. September 2008 (Urk. 11/35) ergibt , erfuhr das Fahrzeug der Beschwerdeführerin durch den frontalen Anprall eine Geschwindigkeit von ca. 20–30 km/h . Es handelt sich bei diesem Unfallereignis somit um einen Unfall, der als mittelschwer zu qualifizieren ist (vgl. zum Beispiel Urteil U

262/05 des Bundesgerichts vom 7. Mai 2007 E. 6.1), weshalb für die Beurteilung der Adäquanz die vorstehend erwähnten Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein müssen (BGE 134 V 109 E. 10.1) .

E. 4.2.5

Besonders dramatische Begleitumstände lagen beim Unfallereignis vom 9. Februar 2008 keine vor. Ebenso wenig hatte der Unfall eine über das normale Mass hinausgehende Eindrücklichkeit, die – im Vergleich mit anderen derartigen Unfallereignissen – als besonders bezeichnet werden könnte. Hauptsächlich litt die Beschwerdeführerin nach dem Unfall an den üblichen Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen und erfuhr

somit keine Verletzungen , die sich ausserhalb des üblichen Rahmens bewegten und als schwer oder besonders geartet bezeichnet werden könnten. Die Beschwerdeführerin war nach dem Unfallereignis vorwiegend in hausärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung und konsultierte zur Behandlung ihrer Kopfschmerzen den Neurologen Dr. G.____ . Diese Massnahmen sind nach einem Unfall, wie ihn die Beschwerdeführerin erlitten hatte, durchaus üblich und

können nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden . Hingegen sind die Beschwerden im Zusammenhang mit den Migräneattacken durchaus als erheblich zu erachten , auch wenn dieses Kriterium nicht als in besonders auffallender Weise erfüllt zu erachten ist, war es der Beschwerdeführerin trotz der gelegentlichen Kopfschmerzattacken doch stets möglich , ihren Hobbys nachzugehen und ihre freundschaftlichen Kontakte zu pflegen. Eine ärztliche Fehlbehandlung lag zu keinem Zeitpunkt vor. Ebenfalls kann nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen

Komplikationen gesprochen werden. Insbesondere kann entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin darin kein schwieriger Heilungsverlauf gesehen werden, dass die Therapie bei Dr. K.____ (Radio-Frequenzneurotomie) mangels Kostenträger hatte abgebrochen werden müssen, wäre doch die Kostenübernahme für notwendige medizinische Massnahmen aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht gewährleistet, falls diese als zweckdienlich beurteilt werden (Protokoll S. 9 f.). Somit kann – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausgeführt hat – unbeantwortet bleiben, ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als erfüllt zu erachten ist, wäre die Adäquanz nach dem Gesagten ohnehin zu verneinen, da die rechtsprechungsgemässen Kriterien vorliegend weder in gehäufter noch in auffällender Weise erfüllt sind.

Da die Adäquanzkriterien aufgrund der vorliegenden Akten abschliessend beurteilt werden können, besteht für den beantragten Beizug der Akten der Haftpflichtversicherung, der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung kein Anlass. Ebenfalls ist es nicht erforderlich, den Haftpflichtversicherer beizuladen, weshalb die entsprechenden Anträge abzuweisen sind.

Zusammengefasst können die von der Beschwerdeführerin noch geklagten, nicht auf ein organisches Korrelat zurückführbaren Beschwerden mangels Adäquanz nicht dem Unfallereignis vom 9. Februar 2008 zugerechnet werden.

E. 5

Da die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2010 hin aus geklagten, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden nicht in einem adäquaten Zusammenhang zum Unfallereignis vom 10. Januar 2008 stehen, ist die Beschwerde somit vollumfänglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rémy Wyssmann - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstSlavik

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