

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00276 vom 20. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00276](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00276)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00276 du 20 février 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00276 del 20 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1???? Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gem?ss UVG setzt zun?chst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidit?t, Tod) ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des nat?rlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umst?nde, 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 f?r die Bejahung des nat?rlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher St?rungen ist; es gen?gt, dass das sch?digende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die k?rperliche oder geistige Integrit?t der versicherten Person beeintr?chtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche St?rung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem sch?digenden Ereignis und einer gesundheitlichen St?rung ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wor?ber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweisw?rdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht ?blichen Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser M?glichkeit eines Zusammenhangs gen?gt f?r die Begr?ndung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.2???? Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder ?berhaupt erst manifest, f?hrt der nat?rliche 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 schicksalsm?ssigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall fr?her oder sp?ter eingestellt h?tte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgen?ssischen Versicherungsgerichtes U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht ?blichen Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegr?ndender nat?rlicher 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).

1.3???? 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 181 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

1.4???? Bei klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt das Erfordernis der Adäquanz praktisch keine Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgen sind spezielle Regeln zu beachten:

???????? Handelt es sich um psychische Beeinträchtigungen, so ist die Adäquanz gemäss der mit BGE 115 V 133 begründeten Praxis speziell zu prüfen.

???????? Hat die versicherte Person eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) erlitten, so wird der natürliche Kausalzusammenhang bejaht, auch wenn für noch bestehende Beschwerden keine organischen Ursachen nachweisbar sind (womit der natürliche Kausalzusammenhang im Regelfall zu verneinen wäre), aber ein zur Arbeitsunfähigkeit führendes, als typisch bezeichnetes buntes Beschwerdebild - im Sinne einer der medizinischen Forschung entnommenen Vermutung - annehmen lässt, die Beschwerden seien durch die HWS-Verletzung verursacht worden (BGE 117 V 364 Erw. 5b/bb).

1.5???? Zum von der Rechtsprechung als typisch bezeichneten "bunten" Beschwerdebild nach erlittener HWS-Verletzung gehört eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Unruhe, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 134 V 116 E. 6.2.1, mit Hinweis auf BGE 117 V 360 E. 4a).

???????? Wenn dieses typische Beschwerdebild nicht vorliegt, so fehlt die Grundlage für die Vermutung, es bestehe trotz fehlendem organischen Korrelat ein natürlicher Kausalzusammenhang, und dieser ist wie im Regelfall zu beurteilen, also bei somatischen Beschwerden, da ein organisches Korrelat fehlt, zu verneinen und bei psychischen Beschwerden nach der erwähnten speziellen Praxis zu beurteilen.

1.6???? Hat eine HWS-Distorsion stattgefunden und liegt das genannte Beschwerdebild vor, so erfolgt die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden, nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechend der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Rechtsprechung.

???????? 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, nämlich die folgenden (BGE 134 V 130 E. 10.3):

- ? 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
- ??????? Bei einem Unfall im mittleren Bereich, der dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird (BGE 117 V 367 f. E. 6b, 117 V 384 E. 4c).

## **E. 2**

2.1???? Die Beschwerdegegnerin machte zusammengefasst geltend, die Schulterbeschwerden seien unfallfremd (Urk. 2 S. 6 ff. Ziff. 4b) und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden im Nacken- und Kopfbereich und dem Unfallereignis sei weder gestützt auf BGE 115 V 133 noch nach BGE 134 V 109 zu bejahen (Urk. 2 S. 11 Ziff. 6c, Urk. 7 S. 13 Ziff. 13).

2.2???? Die Beschwerdeführerin hielt dem im Wesentlichen entgegen, der Beurteilung des Kreisarztes der SUVA könne nicht gefolgt werden. Es bestehe eine partielle Läsion der Supraspinatussehne, und die Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS) strahlten in die Schulter aus. Gemäss behandelndem Chiropraktor seien die Schmerzen posttraumatisch bedingt und die Läsion durch den Unfall verursacht worden. Auch der Hausarzt habe von zunehmenden Schmerzen am rechten Arm berichtet (Urk. 1 S. 9 ff. Ziff. 17 ff.). Weiter brachte sie vor, die Adäquanz der HWS-Beschwerden sei nach BGE 134 V 109 zu beurteilen (Urk. 1 S. 12 Ziff. 25). Dabei sei es fraglich, ob der Unfall nicht als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu schweren Unfällen zu qualifizieren sei (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 27). Die Prüfung der Adäquanzkriterien ergebe, dass sechs von sieben erfüllt seien (Urk. 1 S. 13 f. Ziff. 28).

2.3???? Strittig und zu prüfen ist demnach, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Mai 2011) vorhandene Beschwerden in rechtsgenöglichem (natürlichen und adäquaten) Kausalzusammenhang mit dem am 4. September 2009 erlittenen Autounfall standen.

## **E. 3**

3.1???? Zum Unfallhergang vom 4. September 2009 ist den Akten zu entnehmen, dass die angegurtete Beschwerdeführerin ihr Auto auf der Hauptstrasse innerorts mit ca. 50 km/h geradeaus lenkte, als ein Fahrzeug mit ca. 40 km/h von der linken Seite herkommend das STOP-Signal ungebremst überfuhr und gegen den linken vorderen Seitenbereich des Autos der Beschwerdeführerin prallte (Urk. 8/27/6). Gemäss der am 29. Juli 2010 erstellten Biomechanischen Kurzbeurteilung (Urk. 8/69) lag die Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 20 - 30 km/h (Urk. 8/69/3).

3.2???? In der Folge wurde die Beschwerdeführerin ins Spital B.\_\_\_\_ verbracht, wo eine Kontusion des Thorax, der Halswirbelsäule (HWS), der Brustwirbelsäule (BWS) und des linken Knies diagnostiziert und eine Behandlung mit Analgetika initiiert wurde (Urk.

8/16/1).

3.3???? Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, den die Beschwerdef?hrerin am 8. September 2009 konsultierte, erhob eine HWS-Distorsion sowie eine Rippenprellung und attestierte eine Arbeitsunf?higkeit von 100 % vom 8. bis 13. September 2009 und eine solche von 50 % ab dem 14. September 2009 (Bericht vom 22. September 2009, Urk. 8/6/6). Am 13. November 2009 vermerkte er Arbeitsf?higkeiten von 60 % ab dem 12. Oktober 2009 und von 80 % ab dem 2. November 2009. Gegenw?rtig erhalte die Beschwerdef?hrerin Physiotherapie. Alle 14 Tage finde eine Beratung statt. Die Dauer der Behandlung sch?tze er auf eins bis zwei Monate (Urk. 8/15).

3.4???? Am 25. Januar 2010 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ von der Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % ab dem 28. November 2009 und einer leicht verz?gerten Heilung. Nach wie vor werde die Beschwerdef?hrerin physiotherapeutisch und analgetisch behandelt (Urk. 8/29).?

3.5???? Im Bericht vom 27. Januar 2010 (Urk. 8/82/7-8) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, in der Untersuchung vom 8. September 2009 habe die Beschwerdef?hrerin berichtet, die Schmerzen am Brustkasten seien nachlassend und am rechten Arm eher etwas zunehmend. Er habe einen Muskelhartspann am Trapezium rechts gefunden, Dafalgan verordnet und die Beschwerdef?hrerin zu 100 % arbeitsunf?hig geschrieben. Bei der Nachkontrolle am 11. September 2009 habe sich gezeigt, dass die Beschwerdef?hrerin gut auf das verordnete Schmerzmittel angesprochen habe und unter dessen Einnahme schmerzfrei sei. Bei der Untersuchung habe sich eine leichte Schwellung im Musculus Trapezius und im Bereich der Clavicula ergeben, welche einem direkten Trauma entspreche. Aufgrund der Klinik habe er keine weitere Veranlassung zur Bildgebung gesehen. Am 22. September 2009 habe sich bereits eine Besserung gezeigt. Die Beschwerdef?hrerin habe die Schmerzmittel reduzieren k?nnen, jedoch sei die Belastungsf?higkeit reduziert geblieben. Aufgrund der nun abgeklungenen Schwellung h?tten sie eine aktivierende Physiotherapie begonnen. Im Verlauf der Mobilisation habe sich eine deutliche Schmerzzunahme gezeigt, welche aber mittels Medikation habe aufgefangen werden k?nnen. Im weiteren Verlauf habe gegen Ende Oktober mit Hilfe der Physiotherapie die Arbeitsf?higkeit auf 80 % gesteigert werden k?nnen. Gegen Ende November sei es zu einem R?ckfall mit vermehrter Schmerzhaftigkeit vor allem der Schulter gekommen. Aufgrund der zunehmenden Schmerzhaftigkeit des Schultergelenkes rechts sei am 7. Dezember 2009 eine Infiltration erfolgt, welche die Beschwerdef?hrerin initial als vermehrte schmerzhaftige Intervention empfunden habe. Bei der Nachkontrolle vom 25. Januar 2010 habe sich jedoch gezeigt, dass die Beweglichkeit der Schulter erheblich besser geworden sei.

3.6???? Am 4. Februar 2010 begann die Beschwerdef?hrerin wegen chronischen HWS- und Schulterbeschwerden rechts eine Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_, Chiropraktor SCG/ECU. Dieser hielt im Bericht vom 29. M?rz 2010 (Urk. 8/34) die Diagnosen eines Distorsionstraumas der HWS mit Verdacht auf Wurzelreizung von C5 rechts mit Verdacht auf eine Plexusl?sion rechts sowie eine posttraumatisch bedingte PHS rechts fest und erachtete aufgrund der komplexen Gesamtproblematik einen gr?sseren therapeutischen Aufwand als unvermeidlich (Urk. 8/34/2). Durch die Klinik E.\_\_\_\_ liess er ausf?hrliche Abkl?rungen mittels bildgebenden Verfahren durchf?hren. Zudem wies er die Beschwerdef?hrerin Dr. med. F.\_\_\_\_, Neurologie FMH, zwecks neurologischer Evaluation zu (Urk. 8/63).

3.7???? Das MRI (magnetic resonance imaging) der HWS vom 8. Februar 2010, durchgeführt durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologie FMH, zeigte eine deutliche erosive Osteochondrose C5/6 mit Spondylose und Unkovertebralarthrose, eine breitflächige Protrusion der Bandscheibe ohne Neurokompression, konsekutiv beidseits etwas enge Foramina, allerdings keine eindeutige Seitenbevorzugung, sonst normale Wirbelkörper, eine leichte Protrusion C6/7 und eine beginnende kleine mediane Hernie C4/5 ohne Neurokompression (Urk. 8/66). Das am 30. Juni 2010 von Dr. med. H.\_\_\_\_, Radiologie und Nuklearmedizin FMH, erstellte MRI der Arthro Schulter rechts zeigte eine leichte AC-Gelenksarthrose und einen Acromion Typ II sowie ansatznah in der Supraspinatussehne dorsal gelenksseitig einen kleinen partiellen Einriss (Bericht vom 2. Juli 2010, Urk. 8/44). Das ebenfalls am 30. Juni 2010 durchgeführte MRT (Magnetresonanztomographie) des Schädels ergab eine regelrechte Darstellung der intrakraniellen Gefässe, keine akute Ischämie und eine kleinste unspezifische gliotische Narbe rechts insulär subkortikal (Bericht der E.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2010, Urk. 8/48).

3.8???? Am 22. Juli 2010 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 8/49), die objektiven Befunde deuteten auf eine Kombination von krankheits- und unfallbedingten Problemen hin. Jedoch sei die Beschwerdeführerin vor dem Unfall in der HWS beschwerdefrei gewesen. Das Unfallereignis habe stumme Probleme in der HWS aktiviert und zudem klar den Riss in der Supraspinatussehne rechts zu verantworten. Er denke, dass die zur Zeit noch vorhandenen Probleme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Prognostisch gesehen erwarte er eine weitere langsame Stabilisierung der Problematik. Die Schulterproblematik sollte in Bezug auf den Sehnenriss nach ca. einem Jahr abgeheilt sein. Die vorbestandene AC-Gelenksarthrose könne sich bei geeignetem Verhalten wieder beruhigen. Ebenso sollte der Einfluss der HWS, welche auch auf die Schulterproblematik negativen Einfluss nehme und durch den Unfall klar und eindeutig aktiviert worden sei, bessern (Urk. 8/49/3).

3.9???? Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 25. Juli 2010 (Urk. 8/50) über die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % seit dem 28. November 2009. Die Behandlung sei nach etwas verzögerter Heilung abgeschlossen.

3.10?? Dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 26. Juli 2010 (Urk. 8/58) ist nebst den bereits bekannten Diagnosen ein Status nach Sturz beim Skifahren am 20. März 2010, wahrscheinlich mit Commotio cerebri, zu entnehmen (Urk. 8/58/2). Die neurologische Abklärung ergebe keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer cervicoradikulären Läsion, insbesondere der Wurzel C5 rechts, oder einer Armplexus-Läsion. Die schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit sei wahrscheinlich auf die leichten degenerativen Veränderungen des rechten Schultergelenks und vor allem auf die partielle Supraspinatus-Sehnenruptur zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht empfehle sich die Fortsetzung der bisherigen Therapiemaßnahmen unter Berücksichtigung der Supraspinatus-Sehnenruptur (Urk. 8/58/2-3).

3.11?? Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 28. Januar 2011 (Urk. 8/63), subjektiv und objektiv habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin auf besserem Zustand stabilisiert, jedoch seien weiterhin körperliche Belastungen für eine Verstärkung der Symptomatik in HWS- wie auch Schulter- und BWS-Bereich ventral und dorsal verantwortlich. Es erfolge wünschentlich eine Beratung und Behandlung. Der Abschluss der Behandlung sei zur Zeit nicht zu bestimmen. Es sei zu erwarten, dass die HWS und möglicherweise auch die Schulter vermindert belastbar bleiben. Die Arbeitsfähigkeit sollte die Beschwerdeführerin

grundsätzlich erhalten können.

3.12?? In seiner Beurteilung vom 25. Februar 2011 versprach sich Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Facharzt Manuelle Medizin SAMM, von weiteren Therapien/Behandlungen keine erhebliche Verbesserung der HWS-Beschwerden der Beschwerdeführerin. Weiter hielt er fest, dass unfallbedingt keine strukturelle Läsion vorliege, wohl aber starke degenerative (unfallfremde) Läsionen im Bereich der HWS, die die Beschwerden der Beschwerdeführerin gut erklären könnten (Urk. 8/68). Zu den Schulterbeschwerden vermerkte Dr. I. \_\_ am 21. April 2011, dem Anfangszeugnis des Spitals Mönnedorf seien keine Hinweise auf eine Schulterverletzung zu entnehmen. Gemäss Dr. D. \_\_ hätten sich die Schmerzen, die von der Wirbelsäule ausgegangen seien, im Verlauf in den Schulterbereich ausgedehnt. Es sei sicherlich nicht ungewöhnlich, dass Schmerzen von der HWS in den Schulterbereich ausstrahlten, eine eigentliche Verletzung habe sich hier jedoch nicht ereignet. Die partielle Läsion der Supraspinatussehne sei ohne Weiteres mit einem Impingement-Syndrom, bei anlagebedingtem Acromion Typ II, vereinbar, jedoch unfallfremd. Unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin angeschnallte Fahrerin des PW's gewesen sei, sei allenfalls eine Kontusion, aufgrund der Fixierung des Sicherheitsgurtes an der B-Säule, der linken Schulter in Frage kommend. Die Beschwerden betrafen jedoch die rechte Schulter der Beschwerdeführerin. Auch dies spreche klar gegen einen Unfallzusammenhang (Urk. 8/73).

#### **E. 4**

4.1???? Um beurteilen zu können, ob im strittigen Zeitpunkt noch bestehende Beschwerden in rechtsgenügendem Zusammenhang mit dem Unfall vom September 2009 stehen, ist zuerst zu klären, nach welchen Regeln dies zu prüfen ist: Handelt es sich um Beschwerden mit organischem Substrat, entscheidet die medizinische Beurteilung über den natürlichen Kausalzusammenhang. Handelt es sich um Beschwerden ohne organisches Substrat, richtet sich die Beurteilung im Falle psychischer Beeinträchtigungen nach BGE 115 V 133 und nach erlittener HWS-Distorsion, sofern auch das entsprechende Beschwerdebild gegeben ist, nach BGE 134 V 109 (vgl. vorstehend E. 1.4 ff.).

#### **E. 4.2**

4.2.1?? Unbestritten und aufgrund der Akten belegt sind die degenerativen Veränderungen im Schulterbereich sowie die Partialruptur der Supraspinatussehne, womit die von der Beschwerdeführerin geklagten Schulterbeschwerden ein organisches Substrat haben. Dass die AC-Gelenksarthrose nicht auf den Unfall zurückzuführen ist, ist unbestritten.

4.2.2?? Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin besteht jedoch auch kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Ruptur der Supraspinatussehne. So vermerkte das erstbehandelnde B. \_\_ keine Beschwerden im Schulterbereich. Gegenüber Dr. C. \_\_ berichtete die Beschwerdeführerin vier Tage nach dem Unfall über zunehmende Schmerzen im rechten Arm. Zugleich stellte Dr. C. \_\_ einen Muskelhartspann am Trapezium rechts fest, welcher aber auf Nacken- und nicht auf Schulterschmerzen hindeutet. Am 11. September 2009 ergab die Untersuchung durch Dr. C. \_\_ eine leichte Schwellung im Trapezium und im Bereich der Clavicula. Auch hier sind also keine Schmerzen im Schulterbereich vermerkt. Die Beschwerdeführerin selber nannte im HWS-Fragebogen Schmerzen im Brustbein von den Gurten und dem rechten Hinterkopf durch den Aufprall an der Kopfstütze, welche sie unmittelbar nach der Kollision verspürte

habe. Die Knieschmerzen links seien im Verlaufe der Nacht gekommen. Einen Tag nach dem Unfall h?tten sich die Symptome vom Hinterkopf ausgeweitet und in Richtung rechten Nackenbereich sowie den gesamten R?ckenbereich bis in die Kreuzgegend ausgestrahlt (Urk. 8/22/3). Wann genau die Beschwerdef?hrerin Schulterschmerzen versp?rte, ist dem HWS-Fragebogen nicht zu entnehmen. Aktenkundig sind damit die Schulterbeschwerden laut Dr. C.\_\_\_\_ erstmals gegen Ende November 2009 aufgetreten (E. 3.5). Entsprechend begann die Beschwerdef?hrerin am 4. Februar 2010 unter anderem wegen chronischen Schulterbeschwerden rechts die Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ (E. 3.6). W?re die Ruptur der Supraspinatussehne auf den Unfall zur?ckzuf?hren, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdef?hrerin, wenn nicht unmittelbar nach dem Unfallereignis, so doch in Verlaufe der anschliessenden Woche spezifische Schmerzen im Bereich der Supraspinatussehne ge?ussert h?tte und die behandelnden ?rzte (B.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_) in diesem Bereich auch Anzeichen einer Verh?rtung oder Entz?ndung ersehen h?tten. Genau dies ist aber nicht der Fall. Vielmehr gab die Beschwerdef?hrerin im HWS-Fragebogen an, bereits vor dem Unfall an Schulterbeschwerden gelitten zu haben (Urk. 8/22/3 unten). Entsprechend anerkannte denn auch die Mutuel Krankenversicherung vorbehaltlos ihre Leistungspflicht (Urk. 8/86). Mithin ist die Einsch?tzung von Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_, wonach die Sehnenruptur unfallfremd ist, nachvollziehbar und entgegen dem Einwand der Beschwerdef?hrerin nicht in Zweifel zu ziehen, durfte sich Dr. I.\_\_\_\_ aufgrund des bereits erstellten, unbestritten gebliebenen, medizinischen Sachverhalts mit einer reinen Aktenbeurteilung begn?gen. Die ?brigen Fach?rzte (Dr. F.\_\_\_\_, untersuchende ?rzte der E.\_\_\_\_) ?ussern sich nicht zu einem allf?lligen Unfallzusammenhang der Supraspinatus-Sehnenruptur. Lediglich Dr. D.\_\_\_\_ bezeichnete die Supraspinatus-Sehnenruptur als klar unfallkausal. Seine Einsch?tzung ist jedoch mit Vorbehalt zu geniessen, handelt es sich doch bei Dr. D.\_\_\_\_ nicht um einen Arzt und tendiert er andererseits als behandelnde Fachperson eher zu Aussagen zugunsten der versicherten Person (BGE 125 V 351 E. 3a/cc mit weiteren Hinweisen). Gest?tzt auf die nachgereichte Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. September 2012 (Urk. 11) ist zwar ein Zusammenhang zwischen Supraspinatus-Sehnenruptur und Unfall m?glich. Ein nat?rlicher Kausalzusammenhang ist damit jedoch gem?ss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht mit dem Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt (BGE 118 V 289 E. 1b und 129 V 177 E. 3.1). Kommt hinzu, dass auch Dr. A.\_\_\_\_ behandelnder Arzt der Beschwerdef?hrerin ist. Zudem befindet er sich mit seiner Beurteilung ausserhalb seiner Fachgebiete H?ftsonographie und Innere Medizin, weshalb gegen?ber der Beweiskraft seines Berichts grunds?tzlich Zweifel angebracht sind. Nicht nachvollziehbar ist denn auch, wie die Beschwerdef?hrerin beim Unfall die rechte Schulter am Steuerrad anschlagen und durch die Gurtenfixierung eine Kontusion des Brustbeines und aufgrund des Kopfaufpralls an der Kopfst?tze eine Kontusion des Hinterkopfes h?tte erleiden k?nnen.

???????? Zusammengefasst ist ein nat?rlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Partialruptur der Supraspinatussehne nicht mit dem Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unn?tig (antizipierte Beweisw?rdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

### **E. 4.3**

4.3.1?? Hinsichtlich der von der Beschwerdef?hrerin geltend gemachten Beschwerden im Nacken ergibt sich aufgrund der medizinischen Berichte, dass weder im Bereiche der HWS noch des Kopfes strukturelle Ver?nderungen vorliegen, welche die geklagten Schmerzen

erklären könnten. Solche werden denn von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Damit stellt sich die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs und jene des natürlichen Kausalzusammenhangs entfällt.

4.3.2?? Vergleicht man das von der Rechtsprechung umschriebene typische Beschwerdebild (vorstehend E. 1.6) mit den Befunden im B.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2) sowie den Angaben der Beschwerdeführerin im HWS-Fragebogen (Urk. 8/22/3), so erscheint es mehr als fraglich, ob im strittigen Zeitpunkt ein solches gegeben war. Wie zu zeigen sein wird, kann diese Frage jedoch offen bleiben, da die Adäquanz des Kausalzusammenhangs auch gemäss BGE 134 V 109 (statt BGE 115 V 133) nicht erfüllt ist.

4.3.3?? Die Kollision vom September 2009 ist, der gefestigten Praxis (Urteil des Bundesgerichts 8C\_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.5 f. mit weiteren Hinweisen) entsprechend, als mittelschweres Unfallereignis einzustufen. Nicht gefolgt werden kann der Argumentation der Beschwerdeführerin, mit Blick auf die Tageszeit (Nacht) und den unvermittelten Zusammenstoss aus dem Nichts mit anschliessender Drehung des Fahrzeugs, könnte es sich auch um einen Unfall an der Grenze zu den schweren Unfällen handeln (Urk. 1 S. 13 oben). Die von der Beschwerdeführerin erlittenen physischen Verletzungen waren objektiv gesehen nicht besonders schlimm, was die Beschwerdeführerin denn auch nicht in Abrede stellt. Zum Unfallgeschehen an sich ist festzuhalten, dass die Polizei trotz Nacht und Regen gute Sichtverhältnisse rapportierte (Urk. 8/27/7). Mithin ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdeführerin das von rechts herannahende Fahrzeug bzw. dessen Vorderlichter bei schwachem Verkehrsaufkommen (Urk. 8/27/7) nicht zumindest kurz vor dem Aufprall wahrnehmen und sich damit innert Sekundenbruchteilen auf eine Kollision vorbereiten konnte.

4.3.4?? Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind nicht gegeben und konnte die Beschwerdeführerin auch nicht darlegen. So sind ausser einer 90°-Drehung aufgrund des Aufpralls keine weiteren Begebenheiten wie zum Beispiel überschlagen des Autos aktenkundig.

???????? Die Beschwerdeführerin hat sich beim Unfall ausser einer Kontusion des Thorax, der BWS und des linken Knies sowie einer HWS-Distorsion keine Verletzungen zugezogen, womit das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht erfüllt ist. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin erlitt sie - wie unter Erwägung 4.2 dargelegt - anlässlich des Unfalls auch keine Schulterverletzung.

???????? Die stattgefundenene Behandlung entspricht bezüglich Dauer und Intensität einer üblichen medizinischen Behandlung; das Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. SRV 2009 UV Nr. 22, E. 5.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_52/2008 vom 5. September 2008 E. 8.2) ist damit nicht erfüllt. Dass die Beschwerdeführerin die Behandlungen vor allem an Randstunden besucht hätte, ist nicht ausgewiesen. Den Akten ist im Gegenteil zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre Termine, welche zu normalen Bürozeiten stattfanden, während der Arbeitszeiten wahrnehmen konnte (Urk. 8/35, Urk. 8/40, Urk. 8/62, Urk. 8/85).

???????? Die Erheblichkeit vorhandener Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt, wofür es darauf ankommt, ob es der versicherten Person immer noch möglich ist, gewisse Aktivitäten (beispielsweise Reisen, regelmässige Spaziergänge, Haushaltsführung) auszuüben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_57/2008 vom

16. Mai 2008 E. 9.4). Vor diesem Hintergrund ist das Kriterium erheblicher Beschwerden vorliegend zu verneinen, sind doch keine Einschränkungen in der Haushaltführung bekannt und eine sportliche Tätigkeit in Form von Skifahren aktenkundig.

???????? Anhaltspunkte für eine allfällige ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, gibt es keine.

???????? Auch das Kriterium erheblicher Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist nicht erfüllt, konnte doch die Beschwerdeführerin ab dem 28. November 2009 ihrer beruflichen Tätigkeit wieder zu 100 % nachgehen. Selbst unter Annahme diverser Episoden verstärkter Schmerzen, die temporär kürzere Arbeitsunfähigkeiten gerechtfertigt hätten, wie dies Dr. D.\_\_\_\_ beschrieb (Urk. 8/49/4), wäre nicht von einer Erheblichkeit der Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.4???? Zusammengefasst ergibt sich, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Damit fehlt es an der erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhanges, und die erfolgte Leistungseinstellung ist nicht zu beanstanden.

5.?????? Der angefochtene Entscheid erweist sich deshalb als rechters, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- 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).

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