

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00164 vom 27. Januar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00164)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00164 du 27 janvier 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00164 del 27 gennaio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1977 geborene X.\_\_\_\_ ist seit dem 1. Februar 2007 als kaufmännische Angestellte bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und damit im Rahmen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG („Zürich“) versichert (Urk. 8/1). Mit Schadenmeldung UVG

vom 21. Februar 2011 (Urk. 8/1) liess sie dieser mitteilen, sie habe sich bei einem

am 19. Februar 2011 erlittenen Auffahrunfall Zerrungen im Bereich des Nackens und des Rückens zugezogen. Die „Zürich“

erbrachte in der Folge Taggeld- sowie Heilbehandlungsleistungen

im Zusammenhang mit dem fraglichen Ereignis (vgl. etwa Urk. 8/64). Nachdem sie die Versicherte neurologisch und rheumatologisch untersuchen lassen (vgl. Expertise Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 1. November 2011 [Urk. 9/20] und Gutachten Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 14. November 2011 [Urk. 9/22]),

verfügte sie – nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 8/72) – am 4. Januar 2012 die Einstellung der Leistungen per 19. August 2011, da die anhaltenden Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien (Urk. 8/73). An dieser Entscheidung hielt sie auf Einsprache der Versicherten (Urk. 8/80) hin am 13. Juli 2012 fest (Urk. 2).

### **E. 1.1**

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 entfiel (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 blosser 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).

### **E. 1.2**

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 publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem 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 leistungs begründender 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**

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

### **E. 2**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob X.\_\_\_\_ am 8. August 2012 mit folgenden Anträgen Beschwerde (Urk. 1 S. 1): „1.

Der angefochtene Entscheid sei aufzuheben. 2.

Es seien mir die Unfalltaggelder bis wenigstens 31. Dezember 2011 im Umfang der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit vom 20 % zu bezahlen. 3.

Es seien die Behandlungs- und Heilungskosten bis Ende 2012 zu bezahlen. 4.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Zürich Versicherung.“

Die „Zürich“ schloss am 15. Oktober 2012 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 16. Oktober 2012 zur Kenntnis

gebracht wurde (Urk. 10).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die „Zürich“ begründete ihren Einspracheentscheid im Wesentlichen – unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 14. November 2011 (Urk. 9/22) und die Expertise von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_

vom 1. November 2011 (Urk. 9/20) – damit, dass die beim Unfall erlittene Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Grad I nach höchstens einem halben Jahr wieder abgeheilt gewesen sei. Unfallbedingte Beschwerden lägen keine mehr vor; die anhaltende

Schwindelsymptomatik habe vorbestanden und sei schon vor der Auffahrkollision behandlungsbedürftig gewesen (Urk. 2 S. 4 f., Urk. 7 S. 3 f.). Da zwischen dem Ereignis vom 19. Februar 2011 und den persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen weder ein näherlicher noch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe, erweise sich die Leistungseinstellung per 19. August 2011 als rechtens (Urk. 2 S. 6 f., Urk. 7 S. 3 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen – unter Hinweis auf die Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 24. Oktober 2011 (Urk. 9/21) – auf den Standpunkt, das Gutachten von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ vom 1. November 2011 (Urk. 9/20) weise verschiedene Mängel auf und sei daher nur beschränkt beweiskräftig (Urk. 1 S. 1, Urk. 3/4 S. 2). Die schon vor dem 19. Februar 2011 erlittenen Verletzungen im Bereich der HWS seien im Zeitpunkt des Unfalls fast vollständig verheilt gewesen und hätten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zeitigt. Die noch fortbestandene erhöhte Empfindlichkeit erkläre indes, dass nach der Auffahrkollision länger dauernde, nicht unerhebliche HWS-Beschwerden vorhanden gewesen seien (Urk. 1 S. 1). Der Fallabschluss per 19. August 2011 sei insofern verfrüht erfolgt, als eine Verbesserung des Gesundheitszustandes damals noch zu erwarten gewesen und zwischenzeitlich – angesichts des Wiedererlangens der vollen Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2012 – auch tatsächlich eingetreten sei (Urk. 1 S. 2).

### **E. 3.1**

Die noch am Unfalltag konsultierten Ärzte des C.\_\_\_\_, Notfallpraxis, diagnostizierten eine HWS-Distorsion beziehungsweise eine zervikale Myogelose; neurologische Ausfälle bestünden nicht. Die Beschwerdeführerin habe nach der Auffahrkollision mit Aufprall auf das voranstehende Auto initial nur geringe Beschwerden verspürt. Nach drei Stunden seien indes zervikal beidseits zunehmend ziehende Beschwerden aufgetreten. Die neurologische Kontrolle sei unauffällig ausgefallen. Es sei eine Myogelose parazervikal im Bereich der Halsmuskulatur und des Musculus

trapezius beidseits festgestellt worden. Die HWS sei frei beweglich; Druckdolenz bestehe keine. Der Beschwerdeführerin seien Eiswickel und eine Behandlung mit Diclofenac-Gel verordnet worden (vgl. Bericht vom 19. Februar 2011, Urk. 9/2).

### **E. 3.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, Akupunktur ASA, diagnostizierte am 25. Februar 2011 ein kraniozervikales

Beschleunigungstrauma. Anlässlich der Konsultationen vom 21. und 24. Februar 2011 habe die Patientin über zunehmende, sich kranial und kaudal ausbreitende Schmerzen im Nackenbereich geklagt. Am 21. Februar 2011 hätten überdies noch geringe links thorakale muskuloskelettale Schmerzen im Bereich der Gurt druckstelle bestanden; ein Hämatom sei nicht ersichtlich gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich

zuvor – bei einem Autounfall im Jahr 2005 beziehungsweise einem Treppensturz

im Jahr 2008 – schon zweimal ein Schleudertrauma zugezogen. Therapeutisch seien Ruhe, Schonung und Analgetika empfohlen worden; mit einer allfälligen Physiotherapie werde frühestens vier Wochen nach dem Unfall begonnen. Seit dem 20. und voraussichtlich noch bis am 27. Februar 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 28. Februar 2011 sei ein Arbeitsversuch im Pensum von 50 % vorgesehen (Urk. 9/3).

### **E. 3.3**

Am 23. Mai 2011 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnose eines kraniozervikalen

Beschleunigungstraumas. Die Beschwerdeführerin gebe nach einem Arbeitstag (bei einem aktuellen Arbeitspensum von 60 %) auftretende Verspannungen im Nacken-/Schultergürtelbereich, Kopfdruck, Druck hinter den Augen und eine ausgesprochene Erschöpfung an. Die Verspannungen im Schulter-/Nackengebiet liessen sich aufgrund der festgestellten Myogelosen und des erhöhten Tonus objektivieren. Unter osteopathischer Behandlung komme die Beschwerdeführerin wie der zunehmend ins Gleichgewicht. Inwieweit die 2005 und 2008 erlittenen Schleudertraumata Einfluss auf das aktuelle Beschwerdebild hätten, lasse sich schwer beurteilen (Urk. 9/10 S. 1). Nachdem das Arbeitspensum per 5. Mai 2011 auf 60 % gesteigert werden könne, sei prognostisch vom baldigen Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Therapeutisch seien eine Fortführung der Osteopathie und der Analgesie bei Bedarf indiziert. Gegebenenfalls sei ergänzend noch eine Akupunkturbehandlung angezeigt. Die Beschwerdeführerin habe zuvor in den Jahren 2007 und 2010, letztmals am 5. Oktober 2010, wegen seit dem zwölften Lebensjahr bestehender migräneartiger Kopfschmerzen in Behandlung gestanden. Im Zusammenhang mit dem Anfang Oktober 2007 erlittenen Treppensturz sei es zu keiner Arztkonsultation gekommen (Urk. 9/10 S.

2).

### **E. 3.4**

Im Verlaufsbericht vom 26. Juli 2011 (Urk. 9/16) gab Dr. D.\_\_\_\_ an, bei einem Arbeitsversuch mit einem Pensum von 80 % sei – in Form von Schwindel, Wackelgefühl im Kopf, ständiger Müdigkeit sowie dem Gefühl, den Blick immer wieder neu fokussieren zu müssen und schnell den Faden zu verlieren – wieder ein Gefühl massiver Überlastung aufgetreten. Die Verspannungen im Nacken- und Schultergürtelbereich hätten zugenommen. Seitdem das Arbeitspensum per 11. Juli 2011 wieder auf 70 % reduziert worden sei, stabilisiere sich die Situation ein wenig. Die Beschwerdeführerin unterziehe sich weiterhin einer osteopathischen Behandlung und gehe zudem schwimmen und spazieren. Es seien nach wie vor starke Myogelosen im oberen Anteil des Trapezius beidseits palpabel.

### **E. 3.5**

Nachdem er die Beschwerdeführerin am 13. Oktober 2011 neuro-otologisch untersucht hatte, stellte Dr. B. \_\_\_ am 24. Oktober 2011 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/21 S. 7 f.): - Status nach zervikozephalen Akzelerations-/Dezelerationstrauma im Rahmen der Frontalkollision vom 19. Februar 2011 - Posttraumatisches zervikozephalen Syndrom mit - zentral-vestibulärer Funktionsstörung linksbetont und reduzierter Zeitkonstante des vestibulo-oculären Reflexes teilweise zervikogenen Ursprungs - zerviko-proprio-nociceptiver Funktionsstörung bei multisegmentaler Funktionsstörung der zervikalen Bewegungssegmente pp der zervikalen Facettengelenke linksbetont mit linksbetonten Zervikozephalgien - Vorbestehende panvertebrale Schmerzen

Die posttraumatische Schwindelsymptomatik lasse sich anhand der sophisticateden neurootometrischen Testbatterie auf dem reflektorischen Niveau objektivieren, was für ein organisches Korrelat spreche. Angesichts des erhöhten Reizes zu Standes des zervikalen Rezeptoren-Pools mit Funktionsstörung der zervikalen Bewegungssegmente und sehr wahrscheinlich Mikroläsionen der Kapseln der Facettengelenke verspreche eine Radiofrequenz-Neurotomie der medialen Äste der Rr. Dorsales der betroffenen Zervikalsegmente im Rahmen des Verfahrens nach N. Bogduk noch einen therapeutischen Erfolg (Urk. 9/21 S. 10).

### **E. 3.6**

Gestützt auf die Ergebnisse der am 6. Oktober 2011 durchgeführten neurologischen Untersuchung stellte Prof. Dr. Z. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 1. November 2011 folgende Diagnosen (Urk. 9/20 S. 13 f.): - Folgenlos abgeheilte leichtgradige HWS-Distorsion bei Bagatell-Auffahrunfall am 19. Februar 2011 ohne Anhaltspunkte für eine assoziierte strukturelle biologische Läsion - Treppensturz im Jahr 2007 ohne Anhaltspunkte für eine dabei erlittene strukturelle biologische Läsion - Folgenlos abgeheilte leichtgradige HWS-Distorsion nach Auffahrunfall am 5. Oktober 2005 ohne Anhaltspunkte für eine assoziierte strukturelle biologische Läsion - Migräne

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, an chronischen Nackenschmerzen und Schwindel zu leiden. Zwar seien bereits vor dem Unfall vom 19. Februar 2011 hin und wieder Schwindelattacken aufgetreten, seither komme es indes fast täglich zu Schwindelerscheinungen (Urk. 9/20 S. 2 f.). Eine unfallbedingte Genese der anhaltenden Beschwerden sei angesichts des Bagatellunfalls, der fehlenden Anhaltspunkte für dabei erlittene strukturelle nuchale/zervikale Läsionen, welche dauerhafte Beschwerden biologisch plausibel zu begründen vermöchten, der epidemiologischen Evidenzlage, des nahezu unauffälligen klinischen Befunds so wie der plausiblen unfallunabhängigen alternativen Diagnose einer Migräne nicht wahrscheinlich (Urk. 9/20 S. 17). Insofern sei infolge des Unfalls auch keine Behandlung mehr indiziert. Schon aufgrund der Erfolglosigkeit der bisherigen Therapiebemühungen stellte sich die Frage einer fälschlicherweise angenommenen Unfallkausalität der Beeinträchtigungen (Urk. 9/20 S. 18). Die anamnestischen Angaben wiesen auf eine seit Jahren bestehende Migräne hin, in deren Kontext die gesamte geklagte Symptomatik (einschliesslich der im Rahmen einer Migräne auch auftretenden nuchalen Schmerzen) eingeordnet und verstanden werden könne (Urk. 9/20 S. 15).

### **E. 3.7**

Der Rheumatologe Dr. A.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 14. November 2011 folgende Diagnosen (Urk. 9/22 S. 9): - Vorwiegend tendomyotisches Zervikal- und Thorakovertebralsyndrom - Flachrücken, muskuläre Dysbalance im Schultergürtel, Hyperlaxität - Zustand nach Heckkollision 2005, Treppensturz 2007 und Frontkollision am 19. Februar 2011

Die Explorandin klagt über Schmerzen vorwiegend im Nacken und Schultergürtel sowie über – zwischenzeitlich eher seltener und vor allem nach der Arbeit auftretende – Kopfschmerzen (Urk. 9/22 S. 6). Aufgrund der anlässlich der Begutachtung festgestellten normalen Beweglichkeit der HWS und angesichts der früheren klinischen Befunde lässt sich eine strukturelle Verletzung der HWS weitgehend ausschliessen. Üblicherweise heilten Beschwerden nach einer bagatellären Frontkollision innerhalb von wenigen Wochen bis höchstens Monaten vollständig ab. Auch wenn bei der Beschwerdeführerin wegen der bestehenden Fehlstatik und der Hyperlaxität ein gewisser protrahierter Verlauf vermutet werden könnte, so sei doch mit grösster Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens sechs Monate nach der Kollision keine unfallbedingten Beschwerden im Bereich der HWS und im Schultergürtel mehr vorgelegen hätten. Die persistierende Symptomatik sei daher mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die krankhaften Begleitfaktoren (Fehlstatik mit thorakalem Flachrücken, allgemeine Hyperlaxität, möglicherweise psychosoziale Kontextfaktoren) zurückzuführen (Urk. 9/22 S. 11 und S. 12). Betreffend die – unfallfremden – Restbeschwerden bestehe aus rheumatologischer Sicht durchaus noch Behandlungsbedarf (Urk. 9/22 S. 13). Derzeit werde die Beschwerdeführerin noch osteopathisch und mit medizinischen Massagen behandelt (Urk. 9/22 S. 6). Es sei davon auszugehen, dass sich das Arbeitspensum rasch auf 100 % steigern lassen werde (Urk. 9/22 S. 13).

#### **E. 4**

März 2008 E. 4.1).

Ob damit zu rechnen ist, dass mittels weiterer therapeutischer Massnahmen noch eine namhafte Besserung der gesundheitlichen Situation im Sinne von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) erzielt werden kann, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei muss die durch weitere Heilbehandlungen zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen).

Aus den medizinischen Akten ist zu schliessen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der „Zürich“ (19. August 2011; vgl. Urk. 8/73, Urk. 2) noch mit einem

weiteren therapeutischen Fortschritt zu rechnen war. So war die Beschwerdeführerin, die unmittelbar nach dem fraglichen Unfall gänzlich arbeitsunfähig gewesen war, nach einem ersten Therapieerfolg

bereits am

28. Februar 2011 wie der in der Lage, ihre Arbeit zu 50 % aufzunehmen (Urk. 9/3). In der Folge konnte

sie das Pensum unter konstanter Behandlung per 5. Mai 2011 auf 60 % (Urk. 9/10) und bis Mitte Juli auf 70 % steigern (Urk. 9/16).

Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ am 17. Oktober 2011 war sie seit 5. September 2011 wieder zu 80

% arbeitsfähig (Urk. 9/22 S. 10). Angesichts der stetigen Verbesserung des funktionellen Leistungsvermögens unter Behandlung ist der Fall ab schluss bereits per Mitte August 2011 nicht nachvollziehbar. Hin zuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit aufgrund eines mittels therapeutischer Massnahmen erzielten weiteren Beschwerderückgangs vor Erlass der Verfügung vom 4. Januar 2012 (Urk. 8/73 ) zuletzt am 5. September 2009, mithin noch kurze Zeit nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 19. August 2011, erneut (auf 80 %) hatte

steigern können. Insofern war damals durchaus noch mit einem weiteren namhaften Therapieerfolg zu rechnen beziehungsweise ein solcher der „Zürich“

gar bereits bekannt, als sie am 4. Januar 2012 die Leistungseinstellung verfügte (Urk. 8/73). Zudem hatte auch der Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ – zu Unrecht aus unfallfremden Gründen – noch Behandlungsbedarf gesehen, wobei das von ihm bei adäquater Therapie prognostizierte Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/22 S. 13) gemäss Angaben der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich auch tatsächlich eingetreten ist (Urk. 1).

#### **E. 4.1**

Gemäss den aktenkundigen ärztlichen Beurteilungen erlitt

die Beschwerdeführerin, nachdem sie sich bereits - 2005 beziehungsweise 2008 – zweimal ein Schleudertrauma der HWS zugezogen hatte, beim Unfall vom 19. Februar 2011 eine HWS-Distorsion und wies in der Folge ein für diese Verletzung charakteristisches Beschwerdebild auf (vgl. insbesondere Urk. 9/2, Urk. 9/3, Urk. 9/20 S.

13 f. ; E. 1.3 ).

Nach Lage der Akten

waren die aus den beiden vorhergehenden Unfällen

resultierenden Beschwerden weitestgehend abgeklungen, als sie sich

anfangs 2011 erneut im Bereich der HWS verletzte (vgl. etwa Urk. 9/22 S. 7). Im Zeitpunkt der fraglichen Auffahrkollision stand die Beschwerdeführerin denn auch weder aufgrund von Folgen früherer Unfälle noch wegen der seit der Jugend bestehenden Migräne oder anderer Krankheiten in ärztlicher Behandlung und war (seit langem) zu 100 % arbeitsfähig (vgl. insbesondere Urk. 9/10 S. 2 und Urk. 9/22 S. 6 f. ). Aus den zitierten medizinischen Berichten

geht sodann einhellig hervor, dass die unmittelbar nach der Kollision vom 19. Februar 2011 aufgetretenen Beschwerden – zumindest vordergründig - auf diese beziehungsweise die dabei erlittene HWS-Distorsion zurückzuführen waren (vgl. Urk. 9/2, Urk. 9/3, Urk. 9/21 S. 7 f. , Urk. 9/20 S. 13 , Urk. 9/22 S.

10 f. ) .

Dass der fragliche Unfall seine (Teil-)Ursächlichkeit (vgl. dazu E. 1.1 und E. 1.3 ) für die noch über den 19. August 2011 geklagte Symptomatik verloren hat, wie dies – ausschliesslich – die Gutachter Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ annehmen, erscheint nicht

als überwiegend wahrscheinlich.

Die Beurteilung von Prof .

Dr. Z.\_\_\_\_ vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil der genannte Neurologe - obwohl er keine Kenntnis der genauen Umstände des Unfalls und insbesondere der beim Aufprall auf das stehende Auto auf die HWS einwirkenden

Kräfte hatte – von einem Bagatellunfall ausging, der an sich schon nicht geeignet sei, die geklagten Beschwerden zu verursachen. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ aufgrund des Fehlens von Anhaltspunkten für strukturelle Läsionen auf das Fehlen unfallbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen schloss (Urk. 20 S. 17) .

Hinzuweisen ist diesbezüglich darauf, dass die Unfallkausalität der im Zusammenhang mit einem Schleudertrauma der HWS beziehungsweise einer diesem adäquaten Verletzung aufgetretenen typischen Beschwerden – auch bei fehlendem organischem Korrelat – in der Regel anzunehmen ist (vgl. E. 1.3).

Gründe dafür, von dieser Vermutung abzuweichen, führte Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ nicht an. Was sodann die Latenzzeit der Beschwerden von (lediglich) vier bis fünf Stunden anbelangt, spricht diese - entgegen Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 9/20 S. 4 und S. 14) – keineswegs gegen die Ursächlichkeit der Kollision vom 19. Februar 2011 für die fragliche Symptomatik. Rechtsprechungsgemäss ist lediglich

erforderlich, dass innert 24 bis 72 Stunden Nackenschmerzen aufgetreten sind (vgl. hierzu etwa SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75 und RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 ) , was bei der Beschwerdeführerin der Fall war (Urk. 9/2) . Nicht einzuleuchten vermag schliesslich, weshalb Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ , der – aktenwidrig – vom Ausbleiben jeglichen Therapieerfolgs ausging (Urk. 9/20 S. 18), die (ihm aufgrund der erhobenen Befunde nicht erklärbare) Symptomatik auf die Migräne zurückführte (Urk. 9/20 S. 17). Auch die Expertise des Rheumatologen Dr. A.\_\_\_\_

vom 14. November 2011 (Urk. 9/22) lässt das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen Unfall und den über den 19. August 2011 hinaus persistierenden Beeinträchtigungen nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. So mag zwar zutreffen, dass es in einer Vielzahl von Fällen nach einer mit der von der Beschwerdeführerin erlittenen vergleichbaren Frontkollisionen innerhalb weniger Wochen bis Monate zu einer vollständigen Abheilung kommt (Urk. 9/22 S. 11). Dass es auch bei der Beschwerdeführerin, bei der sich – wie Dr. A.\_\_\_\_ anerkannte – die bestehende Fehlstatik mit thorakalem Flachrücken und die Hyperlaxität ungünstig auswirkt, ebenfalls zu einem derartigen Verlauf kam, vermochte der genannte Rheumatologe indes mit dem Hinweis auf entsprechende medizinische Erfahrungswerte nicht darzutun.

#### **E. 4.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt nebst einem natürlichen Kausalzusammenhang 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 herbei zu führen, 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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

#### **E. 4.3**

Aufgrund der zitierten ärztlichen Beurteilungen ist davon auszugehen, dass den über den 19. August 2011 hinaus persistierenden Gesundheitsstörungen der Be schwerdeführerin kein objektivierbares organisches Sub strat zugrunde liegt. So be fanden es die behandelnden und begutachtenden Ärzte - offensichtlich

mangel s Anhaltspunkten für eine radiologisch nachweisbare Schädigung - nicht ein mal für angezeigt , eine bildgebende Untersuchung der HWS durchzuführen. Dr. B.\_\_\_\_ äusserte aufgrund der Ergebnisse seiner neuro- otologischen Un ter suchung zwar den Verdacht auf Mikroläsionen der Facettengelenke, einen ent sprech enden objektivierbaren Befund, der derartige Verletzungen nachzuweisen vermöchte, erhob er indes nicht. Selbst wenn Mikroläsionen der Facettenge lenk e nachgewiesen wären, bliebe im Übrigen sowohl deren Unfallkausalität als auch deren Ursächlichkeit für die noch vorhandene Symptomatik unklar.

#### **E. 4.4**

Mangels objektivierbarer Unfallfolgen wäre eine über den Fallabschluss hinaus be stehende Leistungspflicht der „Zürich “ im Zusammenhang mit der

Auffahr kollision vom 19. Februar 2011 nur dann zu bejahen, wenn sich gestützt auf die Rechtsprechung nach BGE 134 V 109 ergäbe, dass zwischen den über den 19. August t 2011 hinaus geklagten Beschwerden und dem fraglichen Ereignis ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die entsprechende Beurteilung hat allerdings erst dann zu erfolgen, wenn der Zeitpunkt des Fallabschlusses ge kommen ist. Dabei beurteilt sich die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses, wenn - wie vorliegend - keine Eingliederungsmassnahmen der Eidgenössischen Inva li den versicherung zur Diskussion stehen, danach, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte (vgl. BGE 134 V 109, Urteil des Bundesgerichts U

291/06 vom

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ergibt sich, dass

das Dahinfall e n des natürlichen Kausalzu sammenhangs zwischen dem Unfall vom 19. Februar 2011 und den über den 19. August 2011 hinaus persistierenden Beschwerden nicht als überwiegend wahr scheinlich erscheint , und dass der Fallabschluss auf diesen Zeitpunkt hin ver früht erfolgte . Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

#### **E. 5**

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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubFischer

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