

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00006

vom 9. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00006 du 9 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00006 del 9 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war seit 1. Oktober 2008 beim Y.____ als Verwaltungsssekretärin angestellt und damit bei der AXA Versicherungen AG

(AXA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie am 20. Juli 2010 in einer Kolonne stand und das nach folgende Auto auf das ihrige auffuhr (Unfallmeldung Urk. 9 / A1).

Anlässlich der am 20. Juli 2010 erfolgten Erstuntersuchung am Z.____ diagnostizierten die Ärzte eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) QTF Grad II bei unauffälligem Neurostatus und unauffälliger Bildgebung. Frakturzeichen wurden

verneint und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 20. bis 25. Juli 2010 attestiert (Urk. 9/M1).

Mit Verfügung vom 13. April 2012 (Urk. 9/ A78) stellte die AXA sämtliche Versicherungsleistungen ab 30. November 2011 ein. Dagegen erhob die Versicherte am 16. Mai 2012 Einsprache (Urk. 9/ A81). Mit Einspracheentscheid vom 2

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine nachhaltige Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder

unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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).

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, Affektlabilität, 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. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E.

3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E.

5a).

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).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E.

3b, 122 V 415 E.

2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zu nächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder

ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob gegen den Einspracheentscheid

vom 22. November 2012 (Urk. 2) am 8. Januar 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventuell sei die Sache an die AXA zurückzuweisen, damit diese nach weiteren Abklärungen neu entscheide

(S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2013 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 8. April 2013

(Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrem Einspracheentscheid (Urk. 2) die Einstellung der Leistungspflicht ab 30. November 2011 damit, dass die danach geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Juli 2010 stünden. Der adäquate Kausalzusammenhang sei ebenfalls nicht mehr gegeben (S. 19 Ziff. 2.3.4).

Auf die schlüssigen Einschätzungen der beratenden Ärzte könne abgestellt werden (S. 13 f. Ziff. 2.3.2.11-14).

Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) aus, die eingehende Betrachtung des medizinischen Initialverlaufes habe aufgezeigt, dass sich innerhalb von gut 7 Monaten die Beschwerden immer mehr zu psychischen respektive psychosomatischen Problemen ausgedehnt hätten. Bei unfallkausalen Verletzungen wäre indes zu erwarten gewesen, dass die Beschwerden mit grösserem zeitlichem Abstand zum Ereignis immer mehr abnehmen müssten.

Eine solche progrediente Beschwerdesymptomatik spreche nach dem medizinischen Wissensstand gegen eine organische Verursachung der Beschwerden (S.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht den Berichten ihrer beratenden Ärzte entscheidenden Beweiswert zugestanden (S. 3 Ziff. 1). Es sei ungerecht, bei im Wesentlichen identischen Beschwerden anzunehmen, diese seien vom Unfall bis zu dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Fallabschluss unfallkausal, nach diesem Zeitpunkt aber nicht mehr, weil sich deren Unfallkausalität nur mit der verpönten Formel „post hoc ergo propter hoc“ begründen liesse. Die Beschwerdegegnerin habe nichts dazu beigetragen zu klären, ob die andauernden Beschwerden noch unfallkausal seien und es treffe nicht zu, dass diejenigen Arztberichte, die eine Unfallkausalität der Beschwerden postulierten, in ihrer Begründung auf der genannten Formel beruhen würden. Die entsprechenden Ärzte hätten ihre Beurteilung der Kausalität mit verschiedenen Argumenten untermauert,

und die weiterhin bestehende Unfallkausalität der Beschwerden sei hinreichend belegt (S. 5 f. Ziff. 5). Auf die Einschätzung des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, könne nicht abgestellt werden. Umfassende Abklärungen seien nicht vorgenommen worden (S.

6 f. Ziff. 6-12). Auch sei unzutreffend, dass von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne (S. 8 Ziff. 14). Der Endzustand, welcher einen Fallabschluss recht fertigen würde, sei noch nicht eingetreten (S. 8 f. Ziff. 15).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per Ende November 2011 hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin

besteht, mithin ob ein Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 20. Juli 2010 besteht. 3. 3.1

Die Ärzte des Z. ___ nannten in ihrem nach Erstkonsultation der Beschwerdeführerin am 20. Juli 2010 verfassten Bericht vom 5. August 2010 (Urk. 9/M1) als Diagnose eine HWS-Distorsion Grad II Q TF. Es sei zu einer Heckkollision gekommen, während die Beschwerdeführerin an einer Kreuzung gestanden habe. Dabei sei ihr Kopf nach vorne und anschliessend wieder zurück an die Kopfstütze geschleudert worden. Sie habe sofortige Kopfschmerzen frontal beidseits und occipital verspürt, sowie eine leichtgradige Übelkeit ohne Erbrechen. Es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden und der Neurostatus sei unauffällig gewesen.

Es habe eine

Druckdolenz über den Halswirbelkörpern 4-6 sowie über dem Musculus

trapezius beidseits ein Stauungsschmerz bestanden. Die Sensibilität und Durchblutung beider Arme sei intakt gewesen.

Die Bildgebung habe eine physiologische Stellung der HWS gezeigt. Die Höhe und Form der einzelnen Wirbelkörper sowie die Deck- und Bodenplatten und die Facettengelenke seien normal gewesen. Es bestünden unauffällige paravertebrale Weichteile und keine direkten oder indirekten Frakturzeichen. Zur Therapie und dem Prozedere führten die Ärzte aus, es werde eine Analgesie mit NSAR systemisch und topisch verordnet und isometrische Muskelübungen. Vom 20. bis 25. Juli sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. 3.2

Dr. med. B. ___, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin,

C. ___, stellte in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2010 (Urk. 9/M12) folgende Diagnosen (Ziff. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Dr. B. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin sei regelmässig während fünf Wochen zu den Einzelpsychotherapieterminen gekommen. Die Behandlung sei bis auf weiteres abgebrochen worden. Sie leide immer noch unter Angst, Unruhe, depressiver Stimmung, Flashbacks

und starken Nackenschmerzen. Es spielten im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mit

(Ziff. 2-3). Seit dem 20. Juli 2010 bis auf weiteres bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Ziff. 4). 3.3

Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte in seinem vertrauensärztlichen Gutachten zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich vom 12. Februar 2011 (Urk. 8/2) folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. 6): - anhaltendes cervikospondylogenes Syndrom nach HWS-Distorsion am 20. Juli 2010 - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - Neurofibromatose Recklinghausen

Dr. D. ___ führte aus, in einem kurzen Test für Angst und Depression habe die Beschwerdeführerin klare positive Werte (S. 6 Ziff. 5 Mitte). Die HWS könne bei der Untersuchung kaum bewegt und somit der Bewegungsumfang nicht geprüft werden. Die Beschwerdeführerin sperre aus Angst aktiv gegen die Bewegung in alle Richtungen. Im vorangegangenen Gespräch sei ohne Zweifel deutlich mehr Bewegungsraum der HWS gegeben gewesen. Die Nackenmuskulatur sei beidseits verspannt und etwas druckdolent.

Der übrige rheumatologische Status sei ohne relevante Auffälligkeiten (S. 6 unten).

In der Vorgeschichte seien die sicher sehr schmerzhaften und belastenden Episoden und Eingriffe im Zusammenhang mit der Nierensteinerkrankung von 2009 genannt worden, über welche die Beschwerdeführerin aber sachlich und ohne Auffälligkeiten berichtet habe. Es sei trotzdem denkbar, dass hier eine psychische Retraumatisierung stattgefunden habe, welche die Entwicklung einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion begünstigt habe. Eine neuropsychologische Abklärung zur Dokumentation der kognitiven Minderleistungen, über welche die Beschwerdeführerin berichtet habe, sei nicht erfolgt. Es sei wahrscheinlich, dass die Leistungsschwäche im Rahmen der depressiven Komponente der Anpassungsstörung zu erklären sei. Wichtiger als weitere Abklärungen seien nun die therapeutischen Massnahmen. Ohne dass eine Schuldzuweisung erfolgen solle, sei die inkonstante ärztliche Betreuung in den ersten Monaten nach dem Unfall ein ungünstiger Faktor gewesen (S.

8 unten f.). Seit Oktober 2010 werde die Beschwerdeführerin in einem nun idealen Programm behandelt und habe über eine gewisse Schmerzregredienz berichtet. Der Erfolg müsse noch abgewartet werden.

Dr. D. ___ führte aus, aus seiner Sicht seien Versuche mit einer medikamentös antidepressiven und Schmerz modulierenden Behandlung sicher indiziert. Falls die normale Leistungsfähigkeit nicht innert 8 Monaten erreicht werden könne, sei eine Nachuntersuchung sinnvoll (S. 9 oben).

Unfallbedingt bestehe gegenwärtig eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ein Arbeitsversuch mit wenigen Wochenstunden erfolge seit dem 11. Januar 2011 und sei vorerst noch nicht als Teilarbeitsfähigkeit zu werten. Eine langsame stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit solle in den nächsten Monaten aber angestrebt werden. Zu einer anhaltenden Berufsunfähigkeit könne man zum heutigen Zeitpunkt noch nicht Stellung beziehen (S. 9 Ziff. 8 lit. a).

3. 4

Die Fachpersonen der Rheumaklinik, E. ___ , stellten nach Teilnahme der Beschwerdeführerin vom 6. Dezember 2010 bis 17. Februar 2011 am Ambulanten Interdisziplinären Schmerz-Programm (AISP) in ihrem Bericht vom 22. Februar 2011 (Urk. 9/M14) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches cervikospodylogenes Schmerzsyndrom beidseits seit einem HWS-Distorsions-Trauma am 20. Juli 2010 - Haltungsinsuffizienz, Kopf- und Schulterprotraktion - ausgeprägte muskuläre Dysbalance der gesamten Nacken- und Halsmuskulatur - Beschwerden am zervikothorakalen Übergang - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Die Fachpersonen führten aus, Hauptproblem aus therapeutischer Sicht sei, dass die Beschwerdeführerin von Ängsten und Depressionen geplagt werde. Zudem sei sie seit ihrem Unfall nicht mehr berufstätig. Damit sei der wichtigste sichere Anker für sie gefallen. In der Vergangenheit hätten schwerwiegende Traumatisierungen stattgefunden. Der Autounfall werde als Retraumatisierung erlebt und verunsichere die ganze Person, sowohl auf physischer wie auch auf psychischer Ebene. Im Vordergrund stehe somit ein Angstvermeidungsverhalten in Bezug auf soziale Kontakte, Aktivitäten ausser Haus (Plätze mit Menschen), PKW und ÖV. Dies führe zu Verspannungen und zu mehr Schmerzen. Eine Tagesstruktur sei nicht vorhanden, da die Beschwerdeführerin zu wenig realisierbare Aufga

ben habe. Copingstrategien auf der Handlungsebene könne die Beschwerdeführerin nicht nennen, da sie aufgrund hoher und perfektionistischer Ansprüche an sich selbst immer wieder in die Überforderung komme, was schliesslich zur Schmerz zunahme führe (S. 1 unten) .

Aus somatischer Sicht stünden bei der Beschwerdeführerin nozizeptive wie auch neuropathische Schmerzen im Vordergrund. Sie zeige starke antalgische

Bewegungseinschränkungen der HWS , eine ausgeprägte Allodynie im Nackenbereich sowie einen erhöhten Halte tonus der Nackenmuskulatur. Neurodynamische Tests provozierten die Nackenbeschwerden und lösten neurovegetative Symptome aus.

Unterhaltend wirke eine ausgeprägte Fehlhaltung des Nackens, des Rumpfs und des Schultergürtels. In den funktionellen Tests sei die Beschwerdeführerin in der Back Performance Scale (Bewegung der Wirbelsäule in sagittaler Ebene) praktisch nicht eingeschränkt. Im 6 Minuten Gehstest und im Tragetest habe sie überdurchschnittliche Werte erreicht, die Belastung jedoch auch als sehr hoch eingestuft. Subjektiv habe sich die Beschwerdeführerin im PDI (Behinderung im Alltag) als sehr stark bis maximal behindert eingeschätzt und die Schmerzen als sehr hoch eingestuft. Die Fachpersonen führten ferner aus, die Diskrepanz zwischen objektiven Beschwerden und subjektiver Einschätzung sei unter anderem durch den ausgeprägten Perfektionismus, die Katastrophisierungstendenz sowie die Depression der Beschwerdeführerin zu erklären (S. 2 oben) .

Die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung und der medizinischen Trainingstherapie

(MTT) im Hause sei zu empfehlen. Die ärztlichen Verlaufs kontrollen würden auf ausdrücklichen Wunsch von der Beschwerdeführerin bei ihnen

durchgeführt und sie werde auch bei ihrem Arbeitsversuch begleitet . Es werde mit ihr eine initiale Arbeitsfähigkeit von 30 % mit einer kontinuierlichen Steigerung besprochen (S.

3 unten). 3. 5

Die Ärzte der Rheumaklinik, E.____ , führten in ihrem Verlaufsbericht vom 16. Mai 2011 (Urk. 9/M16) aus, die Beschwerdeführerin beklage weiterhin starke Nacken- und Kopfschmerzen mit Provokation von Übelkeit und gelegentlich Schwindel bei bestimmten Kopfbewegungen. Es werde zweimal wöchentlich eine MTT durchgeführt, welche ohne Schmerzverstärkung im Anschluss bleibe .

Die chronische Fehlhaltung des Halses habe sich verbessert. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin in einem Pensum von 60 % . Im Laufe des Arbeitstages habe die Beschwerdeführerin zunehmend Beschwerden, insbesondere brennende Nackenbeschwerden und Übelkeit. Am Abend sei sie meistens erschöpft, könne je doch trotzdem keinen Schlaf finden. Die schlafanstossende Medikation sei wegen leicht anhaltendem Effekt am Morgen aus Angst vor Konzentrationsstörungen bei der Arbeit wieder abgesetzt worden (S. 1 Mitte) .

Die Ärzte führten aus, in Ruhe bestehe eine Normalstellung des Halses. Die HWS-Beweglichkeit sei bis C6 normal und es bestehe eine segmentale Dysfunktion C6 bis cervikothorakaler Übergang linksbetont.

Subjektiv seien die Beschwerden kaum verändert. Trotzdem sei ein kontinuierlicher Ausbau der Arbeitsfähigkeit auf aktuell 60 % (ab 23. Mai 2011 sei eine Arbeitsfähigkeit von 70 % geplant) möglich gewesen. Klinisch hätten sich insbesondere die mid- und hochzervikalen Funktionsstörungen gebessert. Verbleibend sei eine segmentale Dysfunktion am cervikothorakalen Übergang. Die aktiven Triggerpunkte rechts hätten sich vom Musculus

levator

scapulae in den Musculus

trapezius pars descendens verlagert (S.

1 unten).

Zusammenfassend besteht nach wie vor ein chronisches cervikozephalisches Syndrom mit klinischer Besserung der Wirbelsäulensegmentfunktion und langsamer Steigerung der Belastbarkeit. Es sei mit einer kontinuierlichen Steigerung der Belastbarkeit bis zur Vollbelastung in der aktuellen beruflichen Tätigkeit innerhalb der nächsten Monate zu rechnen. Eine verbleibende Restarbeitsunfähigkeit könnte aufgrund der weiterhin notwendigen, mehrmals wöchentlichen Therapien resultieren (S.

2). 3. 6

In ihrem Verlaufsbericht vom 23. Juni 2011 (Urk. 9/M20) führten die Ärzte der Rheumapoliklinik, E.____, aus, durch die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 %

ab dem 23. Mai 2011 sei es tendenziell zu einer Schmerzverstärkung gekommen, welche unter etablierter Analgesie und je einmal wöchentlicher Physiotherapie und MTT-Sitzungen ohne zusätzliche Funktionseinschränkung verblieben sei.

Die Beschwerdeführerin habe von anhaltenden Fehlleistungen und Gedächtnisstörungen berichtet. Eine Therapie mit Baldrian habe die Schlafqualität verbessern können. Die Lokalbehandlung mit Neurodolphastern vermöge die Beschwerden zu lindern. Im Privaten seien nebst der starken Erschöpfung insbesondere auch die fehlende Möglichkeit des Autofahrens (Angst und schlechte HWS-Beweglichkeit) einschränkend. Am 21. Juni 2011 sei es zu einer HWS-Stressbelastung bei einer Tramkollision gekommen. Seither seien die bekannten Schmerzen merkbar verstärkt.

Klinisch bestehe eine Verschlechterung der Lokalbefunde mit einer deutlichen Zunahme des muskulären Hypertonus der gesamten Nackenmuskulatur beidseits. Auch die HWS-Beweglichkeit sei myofaszielligamentär mehr eingeschränkt. Aktuell bestehe eine unveränderte Einschränkung bei der Arbeit und bei privaten Aktivitäten. Eine Verschlechterung der klinischen Befunde könne im Zusammenhang mit einer erneuten Stressbelastung der HWS am Vortag gesehen werden. Vorübergehend sei die Physiotherapie-Frequenz auf zweimal wöchentlich erhöht und zusätzlich Mydocalm rezeptiert worden. Der Verlauf werde in einem Monat nachkontrolliert. Bis zu diesem Zeitpunkt sei eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 70 % vorgesehen. 3. 7

In ihrem Verlaufsbericht vom 30. Juli 2011 (Urk. 9/M22) führten die Ärzte der Rheumaklinik, E.____, aus, es bestehe seit der letzten Kontrolle vom 22. Juni 2011 ein aktuell stabiler Verlauf. Momentan stünden die Kopfschmerzen und die Übelkeit im Vordergrund. Ein Gespräch mit dem Arbeitgeber habe die Angst vor dem Stellenverlust entschärfen können. Bisher seien zwei Craniosakral-Therapiesitzungen

erfolgt, wonach es anschliessend zu heftigen auch vegetativen Reaktionen gekommen sei .

Klinisch sei es

im Vergleich zu dem 22. Juni 2011 zu einer Verbesserung der HWS-Beweglichkeit gekommen und die Dysfunktion konzentrierte sich nun auf C5 beidseits. Die muskulären Befunde mit multiplen Triggerpunkten seien im Vordergrund . Es bestehe eine Verbesserung der segmentalen HWS-Störungen bei persistierender Haltungsinsuffizienz mit erheblicher muskulärer Dysbalance . Aktuell bestehe eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 70 % . Es werde ein Auslassversuch von Analgetika bei möglichem Analgetika induziertem Kopfschmerz vorgenommen. 3.8

In ihrem Verlaufsbericht vom 27. Oktober 2011 (Urk. 9/M27)

stellten die Ärzte der Rheumapoliklinik, E.____ folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches cervicospondylogenes und - zephalisches Schmerzsyndrom beidseits seit einem HWS-Distorsions-Trauma am 20. Juli 2010 - persistierende segmentale Dysfunktion C5/6 linksbetont und cervicothorakaler Übergang beidseits - Haltungsinsuffizienz, Kopf- und Schulterprotraktion - ausgeprägte muskuläre Dysbalance der gesamten Nacken- und Halsmuskulatur - Vitamin D Mangel supplementiert - MRI HWS vom 7. Oktober 2011: leichte Dehydratation Bandscheibe HWK 6/7, ansonsten bland - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Die Ärzte führten aus, seit März 2011 bestehe insgesamt ein konstanter Verlauf mit erheblichen Fluktuationen. In diesem Zeitraum hätte die Arbeitsfähigkeit von

50 % auf 80 % gesteigert werden und in guter Zusammenarbeit der Sozialversicherung mit dem Arbeitgeber ein drohender Stellenverlust abgewendet werden können (S. 1 Mitte) .

Klinisch hätten insbesondere muskuläre Befunde im ganzen Nacken und Schultergürtel im Vordergrund gestanden. Konstant im Verlauf habe sich eine segmentale Dysfunktion C5/6 linksbetont und am zervikozephalen Übergang sowie im Verlauf variable Dysfunktionen auch im oberen HWS-Bereich gezeigt. Mittels

Bildgebung hätten ursächliche, strukturelle Ursachen der Therapieresistenz ausgeschlossen werden können (S. 1 unten) .

Therapeutisch fänden regelmässige Physiotherapiesitzungen und aktuell eine Craniosacraltherapie statt. Eine begonnene MTT-Therapie sei zwischenzeitlich aus Zeitmangel und bei allgemeiner Überlastung durch die Beschwerdeführerin wieder abgebrochen worden (S. 1 unten f.). Bereits sanfte Mobilisationen im Bereich der Segmentdysfunktionen hätten zu einer Verschlechterung geführt und seien nicht wiederholt worden. Eine empfohlene begleitende Psychotherapie sei bisher von der Beschwerdeführerin noch nicht in Angriff genommen worden. Durch die Medikation habe die Beschwerdeführerin eine Beschwerdelinderung erlangt, welche eine Arbeitsfähigkeit ermögliche (S. 2 oben).

Klinisch stünden muskuläre und funktionelle Befunde im Bereiche der HWS und der Schulter-/Nackmuskulatur im Vordergrund. Unter der aktuell durchgeführten ambulanten Therapie habe die Arbeitsfähigkeit weiter gesteigert werden können. Es sei jedoch nicht zu einer relevanten Symptomverbesserung gekommen. Es bestünden klare Hinweise für eine belastungsabhängige Komponente . Insgesamt bestehe eine deutliche Überlastungssituation der Beschwerdeführerin, welche bereits aus zeitlichen Gründen die

Möglichkeiten im ambulanten Setting erschwere und es bestehe eine Neigung zum Analgetikaüberkonsum, welcher denkbar ursächlich für die Kopfschmerzen sei. Zum Prozedere führten die Ärzte aus, die Indikation für interventionelle Massnahmen sei im Rahmen der Gesamtsituation äusserst zurückhaltend zu stellen. Empfehlenswert sei ein Analgetikausschlussversuch. Zusätzlich sei eine psychologische Begleitbehandlung zu empfehlen. Bei Stagnation der Beschwerden wäre eine stationäre Rehabilitation zu befürworten (S. 2 Mitte). 3.

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – so weit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hin verlässt (Art.

19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c).

E. 9

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2011 (Urk. 9/M28) aus, er beurteile die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden als multimodal bedingt, somatisch ohne entsprechendes Korrelat und mit Blick auf die subjektive Belastbarkeit ein Schränkung und Schmerzentwicklung, mit erheblichen unfallfremden Faktoren, sodass die Unfallkausalität höchstens möglich, eher aber nicht begründbar sei. Feststellbar sei eine reversible segmentale Funktionsstörung, offensichtlich auch bedingt durch Gegeninnervation und mässige muskuläre Dysbalance bei ausgeprägter vorbestehender Dekonditionierung mit Haltungserfall. Die objektivierbaren radiologischen Befunde seien unauffällig. Durch das Unfallereignis sei keine strukturelle Veränderung entstanden (S.

2).

Dr. F.____ führte aus, aufgrund des Verlaufes mit einer unfallfremden Schmerzverarbeitungsstörung mit fachärztlich erwähneter Allodynie müsse von einer Schmerzchronifizierung ausgegangen werden, ohne Aussicht auf eine zusätzlich namhafte Besserung unter fortgesetzter Behandlung. Dies bestätige der Verlauf trotz multimodal durchgeführter Behandlung (S. 3).

Die HWS-Röntgenaufnahme vom 20. Juli 2010 sei unauffällig gewesen. Eine Commotio cerebri fehle in der Anamnese. Dass eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege, sei unwahrscheinlich, da das Ereignis dafür zu gering ausgeprägt gewesen sei. Im Bericht der Rheumaklinik des E.____ vom Februar 2011 (vgl. vorstehend E.

3.4) würden zahlreiche Faktoren genannt, die zu einer psychiatrischen Komorbidität passen und unfallfremd seien. Dies komme auch in der Empfehlung zu weiteren Massnahmen zum Ausdruck (S. 1 oben). Auch Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Physikalische Me

dizin und Rehabilitation, habe in seinem Bericht vom Juli 2011 (Urk. 9/M21) ebenfalls von unfallfremden Faktoren gesprochen und eine erneute Traumatisierung etwa Mitte April 2011 be dingt durch einen Schlag im fahrenden Traum erwähnt, nachdem dieses mit einem Taxi kollidiert sei. Dies sei ein Bagatelereignis bezüglich un fallwirksamer

Kräfte (S.

1 Mitte) . Im letzten Bericht der Rheumapoliklinik, E.____ , vom Oktober 2011

(vgl. vorstehend E. 3.8) seien Aspekte erwähnt worden, welche auf eine psychosoziale Problematik respektive belastete Persönlichkeitsstruktur mit sehr geringer Compliance hinwiesen .

Zusammenfassend bestünden relevante unfallfremde Faktoren wie eine ausgeprägte muskuläre Insuffizienz mit Fehllhaltung, was per se chronische Beschwerden bewirken könne. Zudem bestehe eine psychiatrische Komorbidität , die kaum als posttraumatische Belastungsstörung interpretiert werden könne. So sei das Delta-v im Harmlosigkeitsbereich gewesen, mit Hinweis auf schwerwiegende wiederholte frühere psychische Traumatisierungen. Eine Commotio cerebri fehle und es bestünden Hinweise für eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Allodynie und eine schwierige Vermittelbarkeit empfohlener Therapien nebst unauffälliger Bildgebung der HWS (S. 1 unten f.).

Auf das Gutachten von Dr. D.____ vom Februar 2011 (vgl. vorstehend E. 3.3) könne nicht abgestellt werden. So habe er bei den Befunden an der HWS eine Unmöglichkeit der Bewegungsumfangsprüfung wegen Gegeninnervation angegeben mit lediglich leichter Druckdolenz der Nackenmuskulatur. Dabei sei diskutiert, dass im vorangehenden Gespräch eine deutlich grössere Bewegungsfunktion der HWS hätte beobachtet werden können. Es habe sich also somatisch nur um eine gering ausgeprägte Dysbalance gehandelt.

Dr. F.____ führte aus, die

von

Dr. D.____ empfohlene

Fortführung einer multimodalen Behandlung im Rahmen eines Schmerzprogrammes sei unfallbedingt nicht begründbar. Auf eine Unfallkausalität gehe er nicht ein und die Begründung für die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit fehle. Insofern sei das Gutachten als qualitativ ungenügend und in den Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar zu beurteilen (S. 2 Mitte). 3.10

Die Fachpersonen des Schmerzzentrums H.____ stellten in ihrem Bericht vom 7. November 2011 (Urk. 9/M30) nach am gleichen Tag stattgefundener Konsultation folgende Diagnosen (S. 1): - zervikocephales Akzelerations-/ Dezelerationstrauma - zervikocephales Syndrom - zervikobrachiales Syndrom

Die Fachpersonen führten aus , die Beschwerdeführerin sei als Selbstzuweiserin ins Schmerzzentrum gekommen. Sie habe über Schmerzen im ganzen Kopfbereich , Nackenbereich, an beiden Schultern und entlang der Wirbelsäule bis lumbal geklagt. Die Auswertung des Patient

health

questionnaire

depression ergebe einen Verdacht auf eine schwere depressive Störung (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe Probleme beim richtungsorientierten Hören und Sehen und könne nur für kurze Zeit Lesen. Sie leide unter starkem Schwankschwindel mit gelegentlichen Sturzattacken. Seit der Manipulation der HWS im E. ___ am 28. September 2011 leide sie zusätzlich unter Tinnitus links mehr als rechts (S.

2 oben). Die Beschwerdeführerin zeige die typischen Symptome eines zervikozephalen Akzelerations-/Dezelerationstraumas. Pathognomisch seien die Probleme im richtungsorientierten Sehen und Hören. Die Zusammenhänge seien der Beschwerdeführerin ausführlich erklärt worden. Zur definitiven Aufarbeitung würden sich Blockaden nach ISIS-Richtlinien anbieten. Falls sich dabei Beweise für die vermuteten Verletzungen ergäben, folge darauf die funktionelle perkutane Rhizotomie der betreffenden Segmente (S. 2 Mitte).

In ihrem Kostengutsprachege such vom 30. Dezember 2011 (Urk. 9/M29) für die ambulante Radiofrequenzneurotomie führten die Fachpersonen aus, durch die diagnostische Blockade der entsprechenden Nerven nach ISIS-Richtlinien (vgl. Urk. 9/M29/1-4) habe nachgewiesen werden können, dass die betreffenden Facettengelenke C2/3 und C5/6 für die Schmerzen bei der Beschwerdeführerin verantwortlich seien. Ziel des Eingriffes sei die Schmerzfreiheit für etwa 9 Monate und die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (S. 3).

E. 11

Am 28. März 2012 nahm der beratende Arzt der Beschwerdeführerin Dr. A. ___ (vgl. vorstehend E. 2.2) Stellung (Urk. 9/M31). Er führte aus, dass bereits im August 2002 eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung erfolgt sei aufgrund von Nebenwirkungen, Operationen zweier Tumore am Kopf mit Nervenverletzungen und einem Riss der Bandscheibe. In einem damals vorliegenden rheumatologischen Bericht seien als Diagnosen Polyarthralgien unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch Fibromyalgie und ein Chronisches

Fatigue-Syndrom, viral bei rezidivierender Lymphadenopathie seit dem 9. Januar 2011 genannt worden. Diagnostiziert worden sei weiter ein lumbospondylogenes Syndrom bei kleiner Diskushernie L5/S1 ohne Wurzelkompression und ein Status nach Fibromentfernung

occipital am 21. Februar 2001 bei Neurofibromatose seit der Kindheit, nachfolgend neuropathischer Kopfschmerz

occipital rechts, chronische Kopfschmerzen und die Tendenz zur Hyperlaxität. Es sei von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 20% ausgegangen worden (S. 1 oben).

Dr. A. ___ führte aus, dass der Beschwerdeverlauf sehr untypisch sei. Nachdem anfänglich nur eine verhältnismässig leichte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit bestanden habe, habe diese im Verlauf ständig zugenommen, was unfallkausal nicht erklärt werden könne. Hier spielten mit Sicherheit unfallfreie Faktoren mit. Gemäss den Arbeiten von Croft et al. sei nach einer HWS-Distorsion mit einem Kraftgrad gemäss QTF II eine vollständige Abheilung innert 26 Wochen zu erwarten gewesen. Weshalb diese Frist im vorliegenden Fall verlängert werden solle, sei aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar. Auch eine strukturell bedingte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit habe nie objektiviert werden können, die einzige Einschränkung der HWS-Rotation sei durch ein Ge genhalten geprägt und nur durch eine Überlagerung durch vorbestehende unfallfremde

Faktoren zu erklären. Die heutigen Beschwerden seien allesamt psychogen erklärbar. Die Adäquanz derselben müsste separat beurteilt werden. Die von der Klinik H.____ vorgenommenen Infiltrationsbehandlungen hätten auch bei völlig unspezifischen Beschwerden einen Erfolg. Dieser wäre auch gegeben, wenn eine Kochsalzlösung statt Lokalanästhetika infiltriert würde. Die ärztliche Behandlung für sich genommen beeinflusse die Beschwerden, unabhängig von deren Genese, auch psychogene Beschwerden. Dass nun eine Radiofrequenz-Therapie vorgeschlagen worden sei, sei aus organischen Gründen nicht zu rechtfertigen. Die Beschwerden seien vollkommen unspezifisch und deuteten nicht auf eine lokalisierte spondylogene Schmerzgenese hin (S. 4 unten).

Höchstens möglicherweise, angesichts der Beschwerdeentwicklung und angesichts der Literaturarbeiten von Croft et.al, müsse der Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20. Juli 2010 heute als überwiegend nicht wahrscheinlich bezeichnet werden. Es seien keine weiteren Abklärungsmassnahmen indiziert und von einer weiteren Behandlung sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (S. 5). 3.

E. 12

In ihrem Bericht vom 16. Oktober 2012 (Urk. 9/M32) führten die Fachpersonen des Schmerzzentrums H.____ aus, es würden Zervikozephalgien, Zervikobrachialgien und Schwindelbeschwerden nach dem Autounfall vom 20. Juli 2010 therapiert. Es werde eine Denervierung von beschädigten Facettengelenken sowie eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung von Myofaszien

Begleitsymptomen durchgeführt. Die Therapie habe bislang einmal stattgefunden. Die Schmerzen im Hinterkopf, Nacken und Schulter hätten deutlich abgenommen. Die Sehfähigkeit sei verbessert worden und ebenso der Schwindel. An der Rehabilitation der Muskulatur werde derzeit gearbeitet. Die Beschwerdeführerin weise immer noch eine Reihe von Beschwerden auf, die den Verdacht auf eine weitere Schädigung der Kopfgelenke lenken. Eine entsprechende klinische Untersuchung sei geplant (S. 1). Die Beschwerdeführerin arbeite derzeit mit Mühe zu 100%. Klinisch bestehe ein cerviko-cephales Syndrom, besonders frontal, weiter, weshalb der Verdacht auf eine zusätzliche Verletzung der Kopfgelenke bestehe. Durch entsprechende Diagnostik und Therapien sollte sich die Arbeitsfähigkeit weiter verbessern lassen (S.

2). 4. 4.1

Vorab zu prüfen ist, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vorstehend E. 1.2), mithin ob diesbezüglich der Endzustand erreicht ist. 4.2

Die Beschwerdegegnerin sah den Endzustand Ende November 2011 für erreicht an (vgl. Urk. 2 S.

E. 15

f. Ziff. 2.3.3.2, Urk. 7 S.

13 f. Ziff. 2.3.2), da die Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Einstellungsverfügung bereits seit einem längeren Zeitraum auf einem Niveau von 80% stagniert habe. Diese Annahme traf sie auch gestützt auf die Einschätzung durch

Dr. F.____ (vorstehend E.

3.9) vom Dezember 2011, welcher aufgrund des Verlaufes mit einer unfallfremden Schmerzverarbeitungsstörung mit fachärztlich erwähneter Allodynie von einer Schmerzchronifizierung ohne Aussicht auf eine weitere namhafte Besserung unter fortgesetzter Behandlung ausging.

Auch der die Beschwerdeführerin beratende Neurologe Dr. A.____ befand in seiner Stellungnahme vom März 2012 (vorstehend E.

3.11) die zu diesem Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden allesamt psychogen begründet und dem nach den Endzustand hinsichtlich der durch den Unfall verursachten Beschwerden für erreicht. Von weiteren Behandlungen erwartete auch er keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr. Den Verlauf der Beschwerden sah Dr. A.____ als sehr untypisch und unfallkausal nicht erklärbar an, und einhergehend mit der Einschätzung des Rheumatologen Dr. F.____

in unfallfremden Faktoren begründet. Zum Umstand, dass die von der Klinik H.____ vorgenommenen Infiltrationsbehandlungen gemäss Aussagen der Beschwerdeführerin einen Erfolg nach sich gezogen hätten, hielt Dr. A.____ fest, dass dies keine an deren Schlüsse zulasse, da es sich um psychogene Beschwerden handle. Er verwies diesbezüglich auf die ebenfalls von der Beschwerdeführerin im Einspracheentscheid erwähnte medizinische Vorgeschichte der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S.

6 f.

Ziff. 2.3.2.1), wonach bereits im November 2002 von fachärztlicher rheumatologischer Seite her unter anderem Polyarthralgien unklarer Ätiologie, die Differenzialdiagnose Fibromyalgie und ein Chronisches

fatigue Syndrom diagnostiziert wurden. Schon damals stand eine Kopfschmerzproblematik im Zentrum.

Hin gewiesen wurde von Seiten der Beschwerdeführerin auch auf eine 1996 statt gefundene

Hospitalisation der Beschwerdeführerin für 9 Monate in der psychiatrischen Klinik I.____ wegen einer Borderline Persönlichkeitsstruktur,

wo sie unter Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und allgemeiner Erschöpfung gelitten habe. Damals habe eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von

E. 20

bestanden, da die Beschwerdeführerin an wechselnden Beschwerden am Bewegungsapparat und an Kopfschmerzen gelitten habe, die ihren Schlaf gestört und ihre Schmerzempfindlichkeit erhöht und zu Konzentrationsstörungen und Erschöpfungszuständen geführt hätten. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei dann aber wieder erreicht worden (vgl. Urk. 2 S. 7 Mitte).

Zu Recht hielt Dr. A.____

fest, dass eine posttraumatische Belastungsstörung, welche die Allgemeinmedizinerin Dr. B.____ (vorstehend E.

3.2) im Dezember 2010 diagnostizierte, als Folge eines derartigen Bagatellunfalles zu verneinen sei.

Im Übrigen wies bereit s

Dr. D.____

im Februar 2011 (vorstehend E.

3.3) auf eine psychische Problematik hin und sah die von der Beschwerdeführerin beklagte Leistungsschwäche als wahrscheinlich darin begründet an.

Das Vorliegen einer psychischen Problematik wurde in der Folge durch die Fachpersonen der Rheumaklinik des E.____ im Februar 2011 (vorstehend E. 3.4) nach über zwei monatiger Teilnahme der Beschwerdeführerin am AISP bestätigt. Sie sahen das Hauptproblem der Beschwerdeführerin in ihren Ängsten und in den Depressionen begründet und erwähnten schwerwiegende Traumatisierungen in der Vergangenheit sowie eine massive Abweichung zwischen objektiver und subjektiver Wahrnehmung der Beschwerden.

Auch eine Katastrophisierungstendenz wurde angesprochen.

In somatischer Hinsicht wurde unter anderem eine ausgeprägte Allodynie im Nackenbereich angesprochen.

Zusammenfassend kann demnach auf die schlüssigen

Einschätzungen durch Dr. A.____ und Dr. F.____ abgestellt werden und die nach Leistungseinstellung nachträglich subjektiv eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes, wie sie die Beschwerdeführerin geltend machte (Urk. 1 S. 8 Ziff. 14), vermag Gegen teiliges nicht darzutun.

Entsprechend stand einem Fallabschluss auf diesen Zeitpunkt respektive auf den 30. November 2011 nichts im Wege, und es waren keine weiteren Heilbehandlungsleistungen mehr geschuldet. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist daher davon auszugehen, dass nach rund ein em Jahr und vier Monate n

nach dem Unfall vom Juli 2010 der Endzustand als erreicht angesehen werden kann und die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, dass von den weiteren ärztlichen Behandlungen keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten sei. 5. 5.1

Die anlässlich der Erstkonsultation im Juli 2010 im Z.____ (vorstehend E.

3.1) angefertigten Röntgenbilder waren unauffällig, auch im Hinblick auf die Facettengelenke. Auch der Neurostatus wurde für unauffällig befunden. Die Untersuchung durch Dr. D.____ (vorstehend E. 3.3) ergab nichts Gegenteiliges. So erwähnte er, dass die Beweglichkeit der Halswirbelsäule im Gespräch zweifellos in grösserem Umfang gegeben war, als zum Zeitpunkt der Untersuchung, wo die Beschwerdeführerin aktiv gegen die Bewegung in sämtliche Richtungen gespannt habe. Auch die Fachpersonen der Rheumaklinik des E.____ berichteten von einer ausgeprägten Allodynie im Nackenbereich sowie einem erhöhten Haltetonus der Nackenmuskulatur (vorstehend E. 3.4). Mittels MRI der Halswirbelsäule vom 7. Oktober 2011 konnte sodann eine ursächliche strukturelle Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden (vorstehend E. 3.8).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S.

6 Ziff. 5)

belegen die Berichte der Fachpersonen des Schmerzzentrums H.____

nicht, dass un fallkausal eine Ursache für die Beschwerden vorliege.

So wurde in ihrem Bericht vom November 2011 (vorstehend E. 3. 10) erstmalig ein starker Schwindel mit gelegentlichen Sturzattacken , Probleme beim richtungsorientierten Hören und Sehen sowie ein Tinnitus erwähnt. Die im Folgebericht vom Oktober 2012 (vorstehend E.

3.12) erwähnten beschädigten Facettengelenken und der Verdacht auf eine Verletzung der Kopfgelenke wurde nicht bildgebend und nicht objektiviert und stehen im Widerspruch zu dem von den Ärzten des E.____ veranlassten MRI vom 7. Oktober 2011, wo für die Beschwerden ursächliche strukturellen Ursachen ausgeschlossen werden konnten , wie schon in den direkt nach dem Unfall angefertigten Röntgenaufnahmen im Z.____ .

Wo die Beschwerdeführerin geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, umfassende Abklärungen zu tätigen (vorstehend E.

2.2) , vergisst sie, dass sie über einen langen Zeitraum in fachärztlicher engmaschiger Therapie in der Rheumaklinik am

E.____

war , welche Berichte vorliegend sind.

Da die von der Beschwerdeführerin aufgeführten Schmerzen, Druckdolenz , klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts U 9/05 vom 3. August 2005 E.

4; U 354/06 vom 4. Juli 2007 E.

7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie vom 6. Mai 2008 8C_369/2007, E. 3), können die

geklagten Beschwerden nicht als klar ausgewiesenes unfallbedingtes organisches Substrat qualifiziert werden.

5.2

Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares , unfallbedingtes , organisches Korrelat zu Grunde

liegt , in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E.

5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas

der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis - wie im Folgenden zu

zeigen ist - zur Verneinung der Adäquanz führt. 5.3

Mangels objektiv ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne nachweisbarer organischer Veränderungen stellt sich die Frage der Adäquanz der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vorstehend E. 1.4).

Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts 8C_356/2007 vom 11. Juni 2008, E. 6.1).

Betreffend den Unfallhergang geht aus dem Unfallanalytischen Kurzgutachten vom 11. Januar 2011 (Urk. 9/A23) hervor, dass am Auto, in welchem die Beschwerdeführerin sass, ein Heckschaden von total Fr. 786.20 entstand

und am auf fahrenden Auto keine sichtbaren Schäden vorhanden waren. Zudem wurde festgehalten, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des angestossenen Autos zwischen 5,7 und 8,8 km/h respektive etwa bis zu 3 km/h tiefer gelegen habe, sofern das Auto in der Kollisionsphase gebremst gewesen sei. Von letzterem ist angesichts der Unfallschilderung, wonach die Beschwerdeführerin angab, in der Kollision gestanden zu haben (vgl. Urk. 9/A10/B1, Urk. 9/A2), auszugehen.

So gab auch die Lenkerin des auffahrenden Autos an, sie sei in der stehen den Kollision lediglich von der Kupplung gerutscht und infolge dessen mit dem Auto der Beschwerdeführerin kollidiert (vgl. Urk. 9/A13 Ziff. 3). Aufgrund der geringen Kollisionsenergie, welche auch in dem geringen Sachschaden zum Ausdruck kam, ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um ein Unfallereignis mittlerer Schwere an der Grenze zu einem leichten handelt.

Für die Annahme einer adäquaten Kausalität ist damit erforderlich, dass mindestens vier der praxisgemässen Kriterien gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

Weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindruckslichkeit des Unfalls sind vorliegend ersichtlich. Zu urteilen ist hierbei objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der Beschwerdeführerin (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen). Der Verkehrsunfall vom 20. Juli 2010 spielte sich aus objektiver Sicht und nach Lage der Akten weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ab, noch war er besonders eindrücklich. Es waren nämlich keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung dieses Kriteriums gestatten würden.

Beim Verkehrsunfall erlitt die Beschwerdeführerin keine schweren oder besonders gelagerten Verletzungen. Sie klagte zwar im Anschluss an den Unfall an Beschwerden im Nackenbereich und über Kopfschmerzen, doch ergaben die nach dem Unfall durchgeführten Untersuchungen keine relevanten Befunde. So erlitt sie keine ossären Verletzungen und das bildgebende Verfahren zeigte eine physiologische Stellung der HWS. Insbesondere unauffällig waren die Höhe und die Form der einzelnen Wirbelkörper sowie die Deck- und Bodenplatten und die Facettengelenke (vorstehend E. 3.1).

Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und

8C_126/2008 vom 11. November 2008 E.

7.3). Im Wesentlichen fanden nebst medikamentöser Schmerzbehandlung nur eine unvollständig durchgeführte MTT, eine Craniosacraltherapie sowie Physiotherapie statt. Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht. Die von verschiedener Seite

her empfohlene psychiatrische Behandlung trat die Beschwerdeführerin nicht an.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden kann, wenn auch nicht in ausgeprägter Form, als erfüllt betrachtet werden. So klagte die Beschwerdeführerin zunächst über Kopf- und Nackenschmerzen, dann über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen und über ein Jahr nach dem Unfall zusätzlich über Tinnitus und starken Schwindel mit Sturzattacken. Dennoch konnte sie ihr Arbeitspensum sukzessive steigern, bei subjektiv unveränderter Beschwerdebilddynamik.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist nicht ersichtlich. Dass der Tinnitus tatsächlich, wie die Beschwerdeführerin gegenüber den Fachpersonen des Schmerzzentrums H.____ ausführt (vgl. Urk. 8/M30 S.

2), auf eine Manipulation der HWS am E.____

zurückgeführt werden kann, ist nicht ausgewiesen. Im Gegenteil wurde die Beschwerdeführerin adäquat behandelt, wobei sie teilweise die gebotenen und empfohlenen Behandlungen von sich aus nicht wahrnahm.

Betreffend das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, mit Erreichen des ursprünglichen Pensums von 100 % erst knapp zwei Jahre nach dem Unfallereignis (vgl. Urk. 9/A89), hielt die Beschwerdegegnerin zutreffender Weise fest, dass zwar unter Umständen eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit bejaht werden könne, eine erhebliche Anstrengung zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit jedoch fraglich sei (vgl. Urk. 2 S. 18 f.). So seien wirkliche Arbeitsversuche nur im begleiteten Rahmen und auf Initiative Dritter erfolgt (vgl. Urk. 9/A54), und die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung hätten wegen mangelnder Mitwirkung eingestellt werden müssen. In der Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. Februar 2012 (Urk. 9/A75) wurden die beruflichen Massnahmen mangels Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht, konkret der Installation einer Therapie, die dem psychischen und psychosomatischen Aspekt gerecht werde, für abgeschlossen erklärt. Auch die von den Ärzten des E.____ empfohlene Psychotherapie wurde nicht und die MTT nur in ungenügendem Masse wahrgenommen. In Anbetracht dieser Umstände kann aufgrund mangelnder Anstrengung zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit dieses Kriterium nicht bejaht werden. 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den genannten Kriterien lediglich das Kriterium der erheblichen Beschwerden als erfüllt erachtet werden kann, wo mit die Kriterien nicht in gehäufte Weise gegeben sind, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 20. Juli 2010 und den über den 30. November 2011 hinaus geklagten, organisch nicht im Sinne der Rechtsprechung hinreichend nachweisbaren Beschwerden, zu verneinen ist. 6.

Aufgrund des Gesagten ist bei dieser Sachlage die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 30. November 2011 nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy - AXA
Versicherungen AG - 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 Mosimann Schucan

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