

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00171 vom 11. Dezember 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00171)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00171 du 11 décembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00171 del 11 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, ist Inhaberin der Y.\_\_\_\_ AG und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert ( Urk. 7/1 Ziff. 1-3).

Am 10. August 2011

musste sie ihr Auto auf der Autobahn aufolge Staubildung abbremsen, worauf das hinter ihr fahrende Fahrzeug auf das Heck ihres Wagens auffuhr

( Urk. 7/1 Ziff. 6 ). Dabei zog sie sich eine Distorsion der Hals wirbelsäule (HWS) zu

( U rk. 7/8 S. 1 Ziff. 5).

Mit Verfügung vom 11. April 2013

(Urk. 7/130) stellte die SUVA

ihre bis dahin erbrachten Leistungen per 30. April 2013 ein.

Die dagegen vom zuständigen Krankenversicherer am 15. April 2013 erhobene Einsprache (Urk. 7/131 ) wurde am 10. Mai 2013 wieder zurückgezogen (Urk. 7/134). Die Einsprache der Versicherten vom 10 . Mai 2013 (Urk. 7/133 ) wies die SUVA mit E ntscheid vom

### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung ( 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 Beweis grad 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**

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).

### **E. 1.3**

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). 1. 4

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

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für

relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der 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; 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**

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen und so weiter (BGE 119 V 335 E. 1, BGE 117 V 359 E. 4b) zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

### **E. 1.6**

Mit BGE 134 V 109 hat das Bundesgericht die mit BGE 117 V 359 begründete „Schleudertrauma-Praxis“

bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden unter anderem dahingehend präzisiert, dass die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geklagten organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden aufgrund einer eingehenden medizinischen Abklärung zu erfolgen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008 E. 2.2). Demnach gelten für den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der „Schleudertrauma-Praxis“ rechtfertigt, erhöhte Anforderungen in dem Sinne, als als Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung nebst einer genügenden Erstabklärung zu verlangen ist, dass eine eingehende medizinische Abklärung

(im Sinne eines polydisziplinären/ interdisziplinären Gutachtens) bereits in einer ersten Phase nach dem Unfall vorgenommen wird, sofern und sobald Anhaltspunkte für ein längeres Andauern oder gar eine Chronifizierung der Beschwerden bestehen. Eine entsprechend Begutachtung ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung zudem jedenfalls dann angezeigt, wenn die Beschwerden bereits längere Zeit angehalten haben und nicht von einer baldigen, wesentlichen Besserung ausgegangen werden kann, wobei eine solche Begutachtung in der Regel nach rund sechs Monaten Beschwerdepersistenz zu veranlassen sein dürfte (BGE 134 V 109 E. 9.4, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008 E. 5).

Ein solches poly-/interdisziplinäres Gutachten hat dabei zum einen den allgemein gültigen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3) zu genügen. Sodann ist es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung empfehlenswert, dass die Begutachtung durch mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte

erfolgt. Im Vordergrund stehen dabei Untersuchungen neurologisch/orthopädischer und psychiatrischer sowie gegebenenfalls auch neuropsychologischer Fachrichtung. Inhaltlich sind überzeugende Aussagen dazu erforderlich, ob die geklagten Beschwerden überhaupt glaubhaft sind, und bejahendenfalls, ob für diese Beschwerden trotz Fehlens objektiv ausgewiesener organischer Unfallfolgen ein beim Unfall erlittenes Schleudertrauma (Distorsion) der HWS, eine äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma überwiegend wahrscheinlich zumindest eine Teilursache darstellt. Aufgrund der Besonderheiten der „Schleudertrauma-Praxis“ soll das Gutachten bei gefestigter Diagnose auch darüber Auskunft geben, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des für solche Verletzungen typischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatisch-psychischen Beschwerdebildes zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes eigenständiges psychisches Leiden darstellt. Nur wenn in der Expertise überzeugend dargetan wird, dass die psychische Störung nicht Symptom der Verletzung ist, kann dafür eine andere Ursache gesehen werden. Der Hinweis auf ungünstige soziale und soziokulturelle Verhältnisse der versicherten Person und dergleichen genügt nicht. Weiter ist zu beantworten, inwieweit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und (mit Blick auf eine allfällige Berentung) in alternativen Tätigkeiten durch die festgestellten natürlich unfallkausalen Leiden eingeschränkt ist (BGE 134 V 109 E. 9.5). 2. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass die zum sogenannten typischen Beschwerdebild gehörenden Beschwerden zwar teilweise gegeben seien (S. 5 oben),

sie aber keinem organischen Substrat zugeordnet werden könnten (3 f.). Die geklagten Beschwerden stünden

nicht in adäquatem Kausalzusammenhang zum erlittenen Auffahrunfall, da das Unfallereignis dem mittleren Bereich im engeren Sinn zuzuordnen und von den gemäss der „Schleudertrauma-Praxis“ massgebenden Kriterien lediglich eines (erhebliche Beschwerden) in nicht auffälliger Weise erfüllt sei (S. 6 f.; S. 7 Ziff. 6). Von weiteren medizinischen Abklärungen könne in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden (S. 7 Ziff. 7). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber zur Hauptsache geltend, gestützt auf BGE 134 V 109 sei zwingend ein Gutachten einzuholen, um zu klären, ob die psychische Störung Symptom der erlittenen Verletzung sei (S. 3 Ziff. 2, S. 5 Ziff. 10). Der erlittene Unfall

sei sodann als schwer (S. 4 Ziff. 6) beziehungsweise mindestens am oberen Ende des mittleren Bereichs (S. 4 Ziff. 7) zu qualifizieren und die

Adäquanz sei - aus näher dargelegten Gründen - zu bejahen (S. 4 f. Ziff. 8). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die von der Beschwerdeführerin über den 30. April 2013 hinaus geklagten Beschwerden noch in einem rechtsgenügenden

Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 10. August 2011

standen und ob sich weitere medizinische Abklärungen aufdrängen. 3. 3.1

Gemäss dem polizeilichen Unfallaufnahmeprotokoll (Urk. 7/36 S. 3 ff.) fuhr die Beschwerdeführerin am 10. August 2011 mit ihrem Smart

Coupe

auf der Überholspur einer Autobahn, als sie zufolge Staubbildung abbremsen musste, worauf der hinter ihr fahrende Peugeot 5008 ungebremst auf das Heck ihres Wagens auffuhr. Dieser wurde in der Folge über die Normalspur auf den Pannestreifen geschleudert, wo er leicht mit der Leitplanke kollidierte und schliesslich auf der Seite liegend zum Stillstand kam

( Urk. 7/36 S. 4 oben ). 3.2

Die Erstbehandlung erfolgte durch die Ärzte des Spital Z.\_\_\_\_, welche am Tag des Unfalls berichteten und den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ausfüllten (Urk. 7/8 S. 2 ff.). Die Ärzte diagnostizierten eine HWS-Distorsion mit QTF-Grad I (Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit; S. 3 Mitte, S. 6 Ziff. 7). Sie berichteten, die Beschwerdeführerin habe angegeben,

sofort Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Schulterblatt gehabt zu haben. Schmerzen in der HWS habe sie lediglich bei Bewegung des Kopfes angegeben (S. 2 Mitte, S.

#### **E. 5**

Ziff. 4 und Ziff. 6a). Die neurologische Untersuchung sei normal gewesen, beim Romberg-Versuch habe die Beschwerdeführerin leicht geschwankt (S. 5 Ziff. 6c). Die Röntgenuntersuchungen

der HWS und des Dens

hätten keine Fraktur ergeben (S. 3 oben, S.

#### **E. 6**

Ziff. 6g). 3.3

Am 23. Dezember 2011 fand in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ ein

ambulantes Assessment

statt, über das am

3. Januar

2012 berichtet wurde (Urk. 7/24).

Dabei wurden als aktuelle Probleme Schlafstörungen mit Alpträumen und Abgeschlagenheit,

belastungsabhängige Kopfschmerzen sowie Belastungsschmerzen des Nackens mit Ausstrahlung in beide Schulterblätter genannt (S. 1 unten). Es wurde empfohlen, zum Ausschluss einer frischen oder stattgehabten Blutung eine Magnetresonanztomographie (MRI)

des Schädels mit Hämosiderinsequenz

durchzuführen (S. 3 Mitte).

Des Weiteren empfohlen wurden eine intensiviertere ambulante Physiotherapie in Form von Medizinischer Trainingstherapie (MTT) drei bis viermal wöchentlich sowie unbedingt eine weiterführende psychosomatisch orientierte beziehungsweise psychotherapeutische

Behandlung (S. 3 unten).

Es wurde ausgeführt, dass unter den genannten Therapieempfehlungen sowie mit Blick auf den bisherigen Verlauf und die Resultate des Assessments nach einer Phase ambulanter Physiotherapie nichts gegen einen baldigen Arbeitsversuch spreche, gegebenenfalls unter schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit (S. 4). Bei den Testungen habe die Beschwerdeführerin eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt, die Minimal-Performance sei knapp nicht erreicht worden (S. 3 Mitte). Insgesamt hätte sich gewisse - näher genannte - rehabilitations- oder eingliederungsrelevante Auffälligkeiten ergeben, welche sich negativ auf den Heilungsverlauf auswirken könnten (S. 2 unten). Es sei von einer mässigen Prognose auszugehen (S. 4 oben). 3.4

Am 26. Januar 2012 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, über die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 24. Januar 2012 (Urk. 7/39).

Sie führte aus, seit der HWS-Distorsion im August 2011 bestehe eine Kopfschmerzproblematik. Die Nackenschmerzen hätten deutlich nachgelassen. Die Beschwerdeführerin habe aber ständig sofort wirkende Schmerzmittel genommen. Die Schmerzcharakteristik sei aktuell typisch für schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen. Der neurologische Befund sei unauffällig.

Ein Mitte Januar 2011 durchgeführtes Computertomogramm

(CT) des Schädels habe einen blanden

Befund ergeben. Wichtig sei nun der Entzug aller sofort wirkenden Schmerzmittel (S. 2 unten). Zur Behandlung der Kopfschmerzen würde sie (Dr. B.\_\_\_\_) ein Antidepressivum einsetzen. Das vom behandelnden Psychiater verordnete Fluoxetin beeinflusse die Kopfschmerzen weniger günstig (S. 2 unten). 3.5

Ein am 14. März 2012 durchgeführtes natives und kontrastverstärktes triplanares MRI des Schädels fiel altersentsprechend normal aus. Die gleichentags durchgeführte multiplanare MRI-Untersuchung der HWS ergab eine Steilstellung sowie diskrete degenerative Veränderungen, eine kleine, laterale Facettengelenks-Zyste auf der Höhe C4/5 beidseits sowie eine kleinste links paramediane Diskushernie auf der Höhe Th2/3 ohne Myelopathie (Urk. 7/48). 3.6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 29. Juni 2012 (Urk. 7/70)

folgende Diagnosen (S. 3): - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - Differentialdiagnose (DD): Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (ICD-10 F43.1) - Verdacht auf neuropsychologische Defizite - bei Status nach HWS-Distorsion? - bei fraglichem Status nach Commotio cerebri? Er führte aus, der Beschwerdeführerin anlässlich des Erstgesprächs vom 30. November 2011 ein Antidepressivum (Fluoxetin) verordnet zu haben, um der depressiven Symptomatik inklusive Schlafstörungen, der allgemeinen Verunsicherung und der neuromuskulären Überreagibilität entgegen zu wirken, mit gutem Erfolg. Kognitive Fehlleistungen und eine neuromuskuläre Anspannung in Stresssituationen persistieren jedoch. Es bestehe ein Verdacht auf neuropsychologische Defizite, weshalb eine neuropsychologische Abklärung unbedingt erforderlich sei (S. 3). 3.7

Das am 2. Juli 2012 im Auftrag des Haftpflichtversicherers erstattete Gutachten der D.\_\_\_\_ GmbH (Urk. 7/68 S. 2 f. ) ergab eine Kollisions- beziehungsweise Differenzgeschwindigkeit zwischen den zwei am Unfall beteiligten Fahrzeugen von 45 bis 55 km/h und für das Fahrzeug der Beschwerdeführerin eine stossbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) von 36 bis 44 km/h (S. 1 Mitte). 3.8

In der am

18. Juli 2012 im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstatteten biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) der E.\_\_\_\_ (Urk. 7/77) wurde ausgeführt,

die Einschätzung im AZT-Gutachten betreffend  $\Delta v$  scheine nach Durchsicht der fahrzeugspezifischen Unterlagen plausibel (S. 3 oben).

Der Bereich für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ), innerhalb welchem nach Heckkollisionen der kritische Wert für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden anzunehmen sei, liege für das angestossene Fahrzeug im Normalfall zwischen 10 und 15 km/h (S. 4 unten). Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Bewertungen und der medizinischen Unterlagen, dass die im Anschluss an das Unfallereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellte n, von der HWS ausgehende n Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall wie im vorliegenden erklärbar seien. Über die Entwicklung von Beschwerden nach Ablauf des überschaubaren Zeitraumes von ungefähr einem halben Jahr könne aus biomechanischer Sicht keine Beurteilung abgegeben werden, da diese Entwicklung im individuellen Fall von vielen Einflüssen abhängig sei, die nicht im Bereich der Biomechanik lägen (S. 5) 3.9

Am 7. August 2012 berichtete Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/78). In seiner Beurteilung führte er aus, die somatischen Befunde seien wenig eindrücklich. Die Beschwerden seien soweit möglich somatisch abgeklärt worden; wesentliche Schädigungen seien nicht festgestellt worden, insbesondere keine traumatischen Veränderungen im Bereich des Schädels oder der HWS. Eingeschränkt sei die Beschwerdeführerin vorwiegend durch die sogenannten typischen HWS-Symptome mit Kopfschmerz, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Ungeduld, Traurigkeit, Albträumen, Schlafstörungen, Leistungsknick, Verunsicherung und mentaler Leistungsverminderung (S. 6 Ziff. 5). Im persönlichen Gespräch seien keine Auffälligkeiten erkennbar gewesen.

Die von der Beschwerdeführerin angegebene n einschränkende n neuropsychische n und psychiatrische n Symptome seien im direkten Kontakt nicht feststellbar gewesen. Im HWS-/Nackbereich bestehe eine leichte Verspannung der Trapeziusmuskulatur, ansonsten ein unauffälliger klinischer Befund mit insbesondere freier spontaner Beweglichkeit (S. 7 oben). Zur natürlichen Kausalität führte der Kreisarzt aus, somatische Beeinträchtigungen seien aufgrund der Verlaufsakten und der heutigen Untersuchung nicht festzustellen. Die leichten degenerativen Veränderungen der HWS erklärten die Beschwerden nicht; es seien keine traumatischen Veränderungen festgestellt worden, weder am Schädel noch an der HWS. Die sogenannten typischen Symptome seien nicht näher verifizierbar. Ohne Schädel-Hirntrauma seien neuropsychische Veränderungen nicht dem Unfallereignis zuzuordnen (S. 7 unten). Der Hausarzt habe eine Arbeitsfähigkeit von 25 % ab 1. September 2012 vor gesehen. Dies sei nicht verständlich, aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 8 oben). 3.10

In seinem Schreiben vom 3. September 2012 an den Kreisarzt (Urk. 7/86) führte der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, aus, er und Dr. C.\_\_\_\_ hätten den Verdacht auf neuropsychologische Defizite, weshalb seiner Meinung nach eine neuropsychologische Aufklärung in die Wege geleitet werden sollte. 3.

#### **E. 11**

In seiner Stellungnahme vom 13. September 2012 (Urk. 7/92) gelangte Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss, dass ohne Schädel-Hirntrauma eine neuropsychologische Untersuchung unfallbedingt nicht indiziert sei. 3.12

In seinem Bericht vom 6. März 2013 (Urk. 7/124) nannte Dr. C.\_\_\_\_ als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (DD: PTBS) sowie ein zervikozephalales Syndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 10. August 2011 (S. 2 unten). Er führte aus, die Beschwerdeführerin seit Ende Juni 2012 sechs Mal im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesprächs gesehen zu haben. Sie habe die letzten Monate stets die gleichen Beschwerden angegeben. Weiterhin klagte sie über intermittierend starke, zumeist stress- und belastungsabhängige Nacken- und Schulterschmerzen sowie über dauernde Kopfschmerzen. Aus psychischer Sicht berichte sie, weiterhin sehr verunsichert zu sein, weil sich ihr Leben seit dem Unfall völlig verändert habe. Sie sei einerseits ständig angespannt und nervös, was sich in Form einer Agitiertheit zeige, andererseits müde, erschöpft, antriebslos und unmotiviert. Sie fühle sich traurig und müsse deshalb häufig weinen. Sie könne sich kaum freuen. Sie könne ihre sorgenvollen Gedanken kaum abstellen. Nachts schlafe sie häufig sehr schlecht, auch wegen der Schmerzen. Auffällig seien weiterhin die kognitiven Defizite (Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Desorganisation), welche sich in ihrer Leistungsfähigkeit sowohl im Arbeits- als auch im Haushaltsbereich sehr einschränkend auswirkten. Die vom Hausarzt seit dem 1. September 2012 festgelegte Arbeitsfähigkeit von 25 % sei offenbar nicht praktikabel. In ihrer ursprünglichen Tätigkeit (Administration, Offertwesen, Kontrolle) könne sie angeblich effektiv höchstens zwei Stunden pro Woche arbeiten (S. 2 oben). Aufgrund der Persistenz der zervikozephalen und depressiven Beschwerden gehe er von einer eher schlechten Prognose aus (S. 2 unten). 4. 4.1

Bei den im strittigen Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2013) noch vorhandenen Beschwerden handelt es sich einerseits hauptsächlich um Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, und andererseits - wie insbesondere auch beschwerdeweise vorgebracht (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2) - um eine psychische Problematik (vgl. vorstehend E. 3.12).

Für die bei Fallabschluss fortdauernden somatischen Beschwerden konnte unbestrittenermassen kein unfallbedingtes organisches Substrat ermittelt werden.

So ergaben die durchgeführten Bildgebungen der HWS und des Schädels zu keinem Zeitpunkt Hinweise auf traumatische Läsionen (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.4-5) und zeigten sich anlässlich der neurologischen Untersuchungen normale (vgl. vorstehend E. 3.2) beziehungsweise unauffällige (vgl. vorstehend E. 3.4) Befunde. Sodann kann die unter anderem von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ festgestellte

leichte Verspannung der Trapeziusmuskulatur (vgl. vorstehend E. 3.9) für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_736/09 vom 20. Januar 2010 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit Dr. C.\_\_\_\_

( vgl. vorstehend E. 3.6) und

Dr. G.\_\_\_\_ ( vgl. vorstehend E. 3.10) mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin geklagten kognitiven Fehlleistungen eine neuropsychologische Abklärung forderten, vertrat Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ die Auffassung, dass eine solche ohne Schädelhirntrauma unfallbedingt nicht indiziert sei (vgl. vorstehend E. 3.10). Angesichts der Tatsache , dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis auf dem Polizeiposten ihre Wahrnehmungen betreffend das Unfallereignis zu Protokoll gab, hernach mit einem anderen Auto an einen vereinbarten Termin fuhr und diesen wahrnahm sowie mit Blick darauf, dass sie anlässlich der Erstuntersuchung im Spital H.\_\_\_\_ am Abend des Unfalltags eine Bewusstlosigkeit sowie eine Gedächtnislücke verneinte und die Ärzte einen Glasgow-Coma - Scale (GCS)-Wert von 15 vermerkten (Urk. 7/8 S. 2, Urk. 7/8 S. 4 Ziff. 2c und S. 6 Ziff. 6e) ,

erscheint die Einschätzung von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ , wonach nicht von einem erlittenen Schädelhirntrauma auszugehen sei , überzeugend, und ist insofern von neuropsychologischen Abklärungen kein klarer Ausweis für organische Unfallfolgen zu erwarten. Abgesehen davon äusserte Dr. C.\_\_\_\_ - im Unterschied zu seiner Einschätzung vom Juni 2012 - in seinem Bericht vom März 2013 (vorstehend E. 3.12) keinen Verdacht mehr auf neuropsychologische Defizite und scheint er die geklagten kognitiven Defizite nunmehr im Rahmen der von ihm diagnostizierten Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion zu sehen. 4.2

Rund vier Monate nach dem Unfallereignis vom August 2011 wurde das Reha- und Eingliederungspotential der Beschwerdeführerin in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ im Rahmen eines ambulanten Assessments abgeklärt (vgl. vorstehend E. 3.3) . Zum damaligen Zeitpunkt wiesen die dortigen Ärzte darauf hin, dass die Häufigkeit und Dauer der von der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapien angesichts der aktuellen Einschränkungen zu gering, insbesondere der Anteil der aktiven Bewegungstherapie deutlich zu gering sei (Urk. 7/24 S. 2 Mitte), die Beschwerdeführerin bei den Testungen eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt und die Minimal-Performance knapp nicht erreicht habe. Sie machten dar auf

aufmerksam, dass sich die festgestellten rehabilitations- und eingliederungsrelevanten Auffälligkeiten negativ auf den Heilungsverlauf auswirken könnten und gingen von einer mässigen Prognose aus , wobei sie unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin sich einer intensivierten ambulanten Physiotherapie und einer weiterführenden psychosomatisch orientierten beziehungsweise einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehe , einen baldigen Arbeitversuch als möglich erachteten (vgl. vorstehend E. 3.3).

In der am 8. Februar 2012 begonnenen Physiotherapie zeigte die Beschwerdeführerin gemäss Bericht des behandelnden Physiotherapeuten eine lediglich mittelmässige Leistungsbereitschaft in den aktiven Therapien. Der aktuelle Anteil an aktiven Therapien (inklusive Heimprogramm) wurde ebenfalls als nur mittelmässig bezeichnet und der Physiotherapeut ging nicht von einer zu erwartenden wesentlichen Befundverbesserung aus (Urk. 7/45 S. 1) .

Dem Protokoll über das zwischen der Beschwerdeführerin und einem Schadensspezialisten der Beschwerdegegnerin am 4. Juni 2012 geführte Gespräch (Urk. 7/62) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin über anhaltende Schmerzen klagte und von einer

anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit berichtete (S. 1 Mitte, S. 2 unten), sie bis zu diesem Zeitpunkt aber weder die von den Ärzten der Rehaklinik empfohlene MTT aufgenommen noch die Psychotherapie massgeblich intensiviert hatte (S. 1 unten). Aus besagtem Protokoll geht sodann hervor, dass die Beschwerdeführerin weiterhin starke Schmerzmittel sowie Fluoxetin einnahm (S. 2 oben), obwohl die Neurologin Dr. B.\_\_\_\_ die anhaltenden Kopfschmerzen im Januar 2012 als

analgetikainduziert

erachtet und die Wichtigkeit des sofortigen Entzugs aller sofort wirkenden Schmerzmittel betont sowie eine Änderung der antidepressiven Medikation angeregt hatte. 4.3

Vor dem Hintergrund dieser Aktenlage mit anhaltender vollständiger Arbeitsunfähigkeit auch rund 10 Monate nach dem Unfallereignis ohne wesentliche Beschwerdeverbesserung und mit nur mässiger Bereitschaft der Beschwerdeführerin, die Beschwerden aktiv anzugehen,

bestanden Anhaltspunkte für ein längeres Andauern oder gar eine Chronifizierung der Beschwerden und hätte die Beschwerdegegnerin - wie vom Haftpflichtversicherer im Juli 2012 gefordert (Urk. 7/72) - eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege leiten müssen. Die von ihr veranlasste Untersuchung durch Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.9)

genügte unter den gegebenen Umständen den erhöhten Anforderungen für den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schläudertrauma-Praxis rechtfertigen (vgl. vorstehend E. 1.6), nicht, zumal Dr. F.\_\_\_\_ als Facharzt für Chirurgie nicht zuletzt auch nicht die Fachkompetenz besass, zur psychischen Problematik Stellung zu nehmen und sich dazu äussern, ob diese als Teil des für HWS-Verletzungen typischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatisch-psychischen Beschwerdebildes zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes eigenständiges psychisches Leiden darstellt.

Unklarheit besteht sodann auch darüber, ob und inwieweit die Beschwerdeführerin durch natürlich unfallkausale Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Die vom Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ ab September 2012 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 75 % wurde von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_

jedenfalls als nicht nachvollziehbar bezeichnet und auch Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich diesbezüglich

vorsichtig zurückhaltend, führte er in seinem Bericht vom März 2012 (vorstehend E. 3.12) doch aus, die attestierte Arbeitsfähigkeit von 25 % sei „offenbar nicht praktikabel“ und die Beschwerdeführerin könne „angeblich effektiv höchstens zwei Stunden pro Woche arbeiten“. 4.4

Nach dem Gesagten lässt sich aufgrund der derzeitigen Aktenlage nicht beurteilen, ob und welche Beschwerden respektive Befunde in welchem Ausmass im massgeblichen Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. April 2013 noch natürlich unfallkausal vorlagen und inwieweit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in alternativen Tätigkeiten durch

(allfällige) natürlich unfallkausale Leiden eingeschränkt war. Diesbezüglich besteht weiterer Abklärungsbedarf, wobei die Beschwerdegegnerin insbesondere auch das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, am 27. Juni 2013 veranlasste polydisziplinäre Gutachten (vgl. Urk. 7/138)

- sofern in der Zwischenzeit erstattet - beizuziehen haben wird. 4. 5

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann die Sache nicht ohne Weiteres durch Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den fortbestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis entschieden werden.

Sowohl gemäss der Rechtsprechung nach BGE 115 V 133 als auch gemäss jener nach BGE 117 V 359 beziehungsweise BGE 134 V 109 hat im Rahmen der Adäquanztprüfung eine Würdigung des Unfalles zusammen mit den - jeweils massgebenden

- objektiven Kriterien zu erfolgen (vgl. vorstehend E. 1.4) . Zur Beantwortung der Frage, ob dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt und er dadurch ernsthaft ins Gewicht fällt, ist an das Unfallereignis anzuknüpfen . Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können . Da bei werden einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug

rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008 E. 6.2.1 mit Hinweis en ). 4.6

In seinem Urteil 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008 hat das Bundesgericht einen Unfall , bei welchem ein Auto auf einer Autobahn ungebremst auf ein im Stau stehendes Fahrzeug auffuhr, wobei dieses eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) zwischen 30 und 35 km/h erfuhr und in das vor ihm stehende Auto hineingeschoben wurde, als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen qualifiziert. Es erwog, dass die Endposition der beteiligten Fahrzeuge und die Beschädigung am Fahrzeug der versicherten Person darauf hinwiesen, dass durch den Unfall massive Kräfte freigesetzt wurden. Aus dem Umstand dass im Fahrzeuginnern die Sitzlehnen verbogen worden seien, sei zu schliessen, dass sich diese massiven Kräfte auch auf die Körper der Insassen übertrugen. 4.7

Im Lichte der dargelegten Rechtsprechung (vorstehend E. 4.5-6) kann der vorliegend in Frage stehende Unfall vom 10. August 2011 entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht dem mittleren Bereich im engeren Sinn , entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin aber auch nicht dem schweren Bereich , zugeordnet werden,

sondern ist er als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren: Gemäss AZT-Gutachten (vorstehend E. 3.7) erfuhr der Smart der Beschwerdeführerin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) von 36 bis 44 km/h . Diese Einschätzung wurde im

E.\_\_\_\_-Gutachten als plausibel erachtet (vorstehend E. 3.8). Im AZT- Gutachten wurde weiter ausgeführt, an beiden Fahrzeugen seien sehr starke Beschädigungen erkennbar. Beim Peugeot hätten aufgrund der Anstossenergie die Airbags gezündet. Beim Smart seien die Rückenlehnen der Sitze beschädigt beziehungsweise nach hinten verbogen. Der Smart sei sehr steif und deutlich leichter als der Peugeot. Beide Eigenschaften wirkten sich negativ

auf die Belastung der Insassen in diesem Fahrzeug aus (Urk. 7/68 S. 2 unten) .

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass durch den Unfall massive Kräfte freigesetzt wurden, welche sich auch auf den Körper der Beschwerdeführerin übertrugen. Dem polizeilichen Unfallaufnahmeprotokoll ist sodann zu entnehmen, dass der Smart der Beschwerdeführerin über die Normalfahrbahn auf den Pannestreifen geschleudert wurde und dort auf der Seite liegend zum Stillstand kam, was die Wucht des stattgehabten Aufpralls verdeutlicht (Urk. 7/36 S. 4 oben). 4.8

Ist das Ereignis vom 10. August 2011 nach dem Gesagten somit als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren, genügt die Erfüllung eines der - gemäss „Schleudertrauma-Praxis“ oder gemäss „Psycho-Praxis“ - massgebenden Kriterien, um einen (allfälligen) natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und den organisch nicht nachweisbaren Beschwerden

als adäquat und damit als rechtsgenügend erscheinen zu lassen ( BGE 134 V 109 E. 10.1, BGE 117 V 359 E. 6b, BGE 115 V 133 E. 6 c/ bb ) .

Nachdem sich vorliegend indes

weitergehende medizinische Abklärungen zur Frage der natürlichen Unfallkausalität der geklagten Beschwerden aufdrängen, erweisen sich Ausführungen zur Frage, nach welchen Kriterien (BGE 115 V 133 oder BGE 134 V 109) eine allfällige Adäquanzprüfung vorzunehmen ist sowie Ausführungen zu den einzelnen Kriterien zum jetzigen Zeitpunkt als verfrüht. 4.9

Zusammenfassend ist die Beschwerde

in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) aufzuheben und die Sache

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2013 neu entscheide . 5.

Ausgangsgemäss ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zuzusprechen, welche nach Art. 61 lit.

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemisst und auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Juni 2013 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2013 neu entscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.  
Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - Rechtsanwalt  
Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 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  
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 MosimannRyf

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