

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00250 vom 31. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00250](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00250)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00250 du 31 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00250 del 31 maggio 2016

## Erwägungen

### E. 1

) berichtete die Arbeitslosenkasse des Kantons St. Gallen, die Versicherte habe am 4. Juli 2013 bei einem Verkehrsunfall ein Schleudertrauma erlitten. Gemäss Polizeirapport vom 29. Juli 2013 befand sich die Versicherte am 4. Juli 2013, nachmittags,

auf dem Beifahrersitz eines Autos (Alfa Romeo 156), welches innerorts über eine Kreuzung fuhr, als von der linken Seite her ein Personenwagen (Citroën C1) in die hintere linke Seite des Alfa Romeo prallte. Die Versicherte gab am Unfallort gegenüber der Polizei zur Auskunft, keine Schmerzen zu verspüren. Starke Kopfschmerzen traten gemäss der Versicherten aber am Abend auf, weshalb sie sich bei der Polizei erneut meldete (Urk. 9/23). Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, stellte im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. September 2013 (Urk. 9/25) die Diagnose eines HWS-Distorsionsstrumas

Grad II (gemäss QTF-Klassifikation) und attestierte der Versicherten, welche sich noch am Tag des Unfalls in seine Behandlung begeben hatte, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 4. Juli bis 7. August 2013 (Urk. 9/19 S. 5-7). Med. pract. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Allgemeine Medizin, attestierte der Versicherten ab dem 8.

August 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/19 S. 8).

Die SUVA kam für die Heilkosten auf und erbrachte Taggeldleistungen (Schreiben vom 22. August 2013; Urk. 9/15). Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, welcher die Versicherte am 19. August 2013 untersucht hatte, stellte in seinem Konsiliarbericht zu Händen Dr. Z.\_\_\_\_ vom 22. August 2013 die Diagnose „posttraumatische Kopfschmerzen und Schwindel“. Er hielt dafür, dass die Prognose prinzipiell sehr gut sei und die Arbeitsfähigkeit in 2 Wochen mit 50% und in 4 Wochen mit 100% wieder gegeben sein sollte (Urk. 9/22). Die SUVA veranlasste am 11. Oktober 2013 ein ambulantes HWS-Assessment in der B.\_\_\_\_ (Urk. 9/31) und zog das von der Schweizerischen Mobiliarversicherungsgesellschaft AG in Auftrag gegebene (vgl. Urk. 9/30 und Urk. 9/32 S. 1-2) und von der AXA Versicherungen AG erstellte unfallanalytische Gutachten vom 14. Oktober 2013 bei (Urk. 9/33). Am 26. November 2013 wurde ein MRT der HWS, der BWS und der LWS durchgeführt (Urk. 9/47). Dr. med. C.\_\_\_\_, versicherungsinterne Fachärztin FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, erstattete am 23. Januar 2014 den Bericht über die otoneurologische Untersuchung der Versicherten vom 22. Januar 2014 (Urk. 9/53). Sie kam zum Schluss, eine (schrittweise) Integration ins Berufsleben sollte möglich sein, begleitet durch noch regelmässige muskellockernde physio-osteopathische Unterstützung im Schulter-Nackengebiet. Dabei sei die

vorbestehende ver tebragene Belastung mit zur Kenntnis zu nehmen (Urk. 9/53 S. 3). Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2014 fest, während den nächsten zwei Monaten sei auf eine aktive Behandlung umzustellen. Ein stabiler Zustand sei in 2 Monaten zu erwarten. Die berufliche Integration sollte unterstützend bereits begonnen werden (Urk. 9/57). Dr. A.\_\_\_\_ untersuchte die Versicherte am 31. März 2014 erneut und hielt in seinem Bericht vom 7. April 2014 fest, aus neurologischer Sicht lasse sich eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht aufrechterhalten (Urk. 9/68). Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten ab dem 16. April 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/73). Dr. D.\_\_\_\_ ging in seiner Stellungnahme vom 24. April 2014 vom Erreichen des medizinischen Endzustandes beziehungsweise von keiner namhaften Verbesserung durch weiterführende Behandlungsmassnahmen aus (Urk. 9/75). Mit Verfügung vom 2. Mai 2014 stellte die SUVA die Versicherungsleistungen deshalb per 31. Mai 2014 ein,

unter Verneinung eines Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung (Urk. 9/77). Nach Wechsel des Hausarztes legte die Versicherte der SUVA die Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 15. April 2014 von Dr. med. lic. phil. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vor (Urk. 9/79). Daraufhin holte die SUVA bei Dr. E.\_\_\_\_ den Bericht vom 19. Mai 2014 ein (Urk. 9/83). Am 3. Juni 2014 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Einstellungsverfügung der SUVA vom 2. Mai 2014 (Urk. 9/85). Dr. D.\_\_\_\_ erstattete am 6. Juni 2014 seine kreisärztliche Beurteilung aufgrund der Akten und hielt darin an seiner Einschätzung vom 24. April 2014 fest (Urk. 9/87). Diese Beurteilung wurde der Versicherten zugestellt (Urk. 9/88), welche am 16. Juni 2014 an ihrer Einsprache und den darin gestellten Anträgen festhielt (Urk. 9/89). Mit Entscheid vom 25. September 2014 wies die SUVA die Einsprache der Versicherten vom 3. Juni 2014 ab (Urk. 2 [= Urk. 9/94]).

### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 UVG).

### **E. 1.2**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der SUVA gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 1.3.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 un mittelbare 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 entfielen (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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3.2**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20 13 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 1.3.3**

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

### **E. 1.3.4**

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. 1.4.1**

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. 1.4.2**

Hervorzuheben ist, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehnisablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt

wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa ; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4 mit Hinweisen). Die Symptomatik nach einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS weist somatische und psychische Komponenten wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung

u.s.w. auf (BGE 117 V 359 E. 4b). Daher erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach Distorsionen der HWS (ohne nachweisbare organische Unfallfolgen) grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109, welche für die Beurteilung der Adäquanz nicht zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden differenziert. Dies führt dazu, dass die in BGE 115 V 133 und BGE 134 V 109 unterschiedlich umschriebenen Adäquanzkriterien bei Folgen eines Schleudertraumas eher als bei einer nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Fehlentwicklung erfüllt sind. Deshalb muss die Zuordnung der Beschwerden insoweit geklärt sein, bevor entschieden werden kann, nach welcher Methode sich die Adäquanzprüfung richtet. Dabei ist es grundsätzlich Aufgabe der medizinischen Fachleute, darüber Auskunft zu geben, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des einer Differenzierung kaum zugänglichen, somatisch-psychischen Beschwerdebildes im Sinn der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt. Denn wenn in der Expertise überzeugend dargetan wird, dass die psychische Störung nicht Symptom der Verletzung ist, kann dafür eine andere Ursache gesehen werden (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_710/2011 vom 1. Juni 2012 E. 2.2 mit Hinweisen).

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 27. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben, und es seien die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Taggeld-, Renten- und Heilungskostenleistungen sowie eine Integritätsentschädigung) zu erbringen; eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung (Einholung eines externen multidisziplinären medizinischen Gutachtens sowie eines externen, unabhängigen Assessments) und zum neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 2. Dezember 2014 angezeigt wurde (Urk. 10). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen des Unfalls vom 4. Juli 2013 über den 31. Mai 2014 hinaus Leistungen zu erbringen hat, mithin, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. Juli 2013 stehen.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. September 2014 zusammengefasst aus, es könne auf die kreisärztliche Beurteilung vom 6. Juni 2014 abgestellt werden, welche sich mit den übrigen medizinischen Berichten decke. Mit dem Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ sei somit davon auszugehen, dass eine Distorsion beziehungsweise eine Kontusion der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule spätestens sechs Monate

nach dem Unfall vollständig abgeheilt sei und die daneben noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektiven vierbaren organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung beruhen würden. Das Ereignis vom 4. Juli 2013 sei mit Blick auf die Rechtsprechung sodann als leichter Unfall zu qualifizieren, weshalb ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem und den noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden verneint werden müsse. Der Fallabschluss per 31. Mai 2014 sei somit rechtens. Es bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Urk. 2).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor,

die Beschwerdegegnerin habe es in unzulässiger Weise unterlassen, den Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, bei welchem am 4. Juni 2014 noch eine Abklärung angestanden sei, einzuholen. Damit sei ihre Abklärungspflicht nicht nachgekommen.

Dr. F.\_\_\_\_

habe festgehalten, dass der Unfall die vorbestehenden Lumbalgien massiv verstärkt habe und der Zustand vor dem Unfall noch nicht wieder hergestellt werden könne. Dr. F.\_\_\_\_ habe auch

ausgeführt, möglicherweise liege eine Verletzung des Gelenks C2/3 vor. Es stehe deshalb heute noch nicht abschliessend fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall keine organisch nachweisbaren Beschwerden erlitten habe. Dr. E.\_\_\_\_ habe zudem sehr tiefe Zink- und Eisenwerte, zu tiefe Testosteron- und Östrogenwerte sowie einen extremen Vitamin B12-Mangel festgestellt. Ohne den Unfall hätten die schlechten Werte nicht zu den seit dem Unfall anhaltenden Symptomen geführt. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung habe Dr. E.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Behandlung empfohlen, in welche sich diese begeben werde. Die Beschwerdegegnerin habe sodann den Beweis nicht erbracht, dass der Status quo sine vel ante eingetreten sei. Bereits Dr. C.\_\_\_\_ sei in ihrem Arztbericht vom 23. Januar 2014 nicht vom Erreichen des Endzustandes ausgegangen. Weiter sei der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2013 nicht verwertbar. Es sei ihr unterstellt worden, sie beteilige sich nicht aktiv am Heilungsprozess und zeige eine schlechte Leistungsbereitschaft, was nicht nur falsch, sondern auch verletzend sei. Die Beschwerdeführerin habe Mitte Oktober 2014 einen Arbeitsversuch in einem kleinen Teilpensum bei der Spitex begonnen. Ihr unfallbedingter Gesundheitszustand lasse sich noch massgeblich verbessern, wodurch sie ihre vorherige 100%ige Arbeitsfähigkeit wieder erlangen werde (Urk. 1).

### **E. 3.1**

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. September 2013 (Urk. 9/25) die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas

Grad II (gemäss QTF-Klassifikation) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall sofort Kopf- und Nackenschmerzen verspürt mit einer Schmerzintensität von 2 (Skala von 0-10). Sodann habe sie Beschwerden an der Brustwirbelsäule (BWS) mit einer Schmerzintensität von 4 verspürt und nach 24 Stunden auch an der HWS. Probleme mit der

Lendenwirbelsäule (LWS) habe sie schon vor dem Unfall gehabt. Einen Kopfanprall habe es gemäss Beschwerdeführerin nicht gegeben. Die bildgebenden Untersuchungen der HWS und der BWS (Röntgen) sowie des Schädels ( MRI) seien ohne Befund gewesen (Urk. 9/25 S. 3).

### **E. 3.2**

Im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_

vom 5. August 2013 (Urk. 9/11) wurde das gleichentags angefertigte MRT -Bild des Schädels als unauffällig beschrieben. Es bestehe kein Subduralhämatom . Sichtbar seien kleinste Signalalterationen hoch frontal, welche unspezifisch seien und auch bei Gesunden häufig gesehen würden.

### **E. 3.3**

Dr. A.\_\_\_\_ , welcher die Versicherte am 19. August 2013 neurologisch untersucht hatte, stellte in seinem Bericht vom 22. August 2013 (Urk. 9/22) die Diagnose „posttraumatische Kopfschmerzen und Schwindel“. Der Beschwerdeführerin sei unmittelbar nach dem Unfall leicht übel gewesen. Rund 2 Stunden später hätten sich Schwindel und Kopfschmerzen eingestellt, welche in der Folge für rund 2 Wochen stark zugenommen hätten. Neben den Schmerzen stünden Schwindelbeschwerden im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin leide sodann unter Verspannungen im Schulter-/Nackebereich beidseits , und die bekannten lumbalen Rückenschmerzen hätten sich ausserdem akzentuiert. Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, fokale neurologische Defizite bestünden nicht, und das bereits durchgeführte MRI des Schädels sei ohne relevante pathologische Befunde gewesen. Er hielt dafür, dass die Prognose prinzipiell sehr gut sei, und die Arbeitsfähigkeit in 2 Wochen mit 50 % und in 4 Wochen mit 100 % wieder gegeben sein sollte .

### **E. 3.4**

Gemäss dem unfallanalytischen Gutachten vom 14. Oktober 2013 (Urk. 9/33) erfuhr der Alfa Romeo , in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass , durch den Seitenanprall eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von circa 1 bis maximal 4 km/h. Auf das Fahrzeug wirkte eine mittlere Beschleunigung von circa 0,3 bis 1,2 g ein. Die Personen im Alfa Romeo bewegten sich infolge der Kollision in einem Winkel von ca. 60° (zur Fahr zeuglängsachse ) sehr leicht nach links .

### **E. 3.5**

Im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2013 (Urk. 9/36) , wo am 24. Oktober 2013 ein ambulantes Assessment durchgeführt worden war, wurde festgehalten, die aktuelle Problematik bestehe in einer (1) erheblichen Symptomausweitung (bei der Interpretation der Befunde sei das Ergebnis der empfohlenen psychiatrischen Abklärung zu berücksichtigen) , (2) intermittierend auftretenden Kopfschmerzen fronto -temporal beidseits, (3) einem ungerichteten Drehschwindel, in Zusammenhang mit Kopfschmerzen auftretend, mit Synkopenneigung , (4) fast konstant vorhandenen Schmerzen im Schulter-/Nackebereich bis mittlere BWS, (5) konstant vorhandenen LWS-Beschwerden, (6) Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie (7) depressiven Symptomen und Durchschlafstörungen. Die Ärzte hielten in ihren Schlussfolgerungen fest , die Beschwerdeführerin habe beim Assessment eine mässige bis schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Performance sei knapp erreicht worden. Es

habe kein Zugang für aktive und passive Therapiemassnahmen gefunden werden können. Anhand der Abklärungsresultate würden eine physiotherapeutische aktivierende Bewegungstherapie sowie eine medizinische Trainingstherapie (MTT) dreimal pro Woche empfohlen. Gleichzeitig solle die Beschwerdeführerin beim Erarbeiten von Selbsthilfemassnahmen unterstützt werden, welche sie selbst bei kurzfristigen Schmerzsteigerungen anwenden könne. Die Beschwerdeführerin sei momentan jedoch nicht dazu bereit, die erwähnten therapeutischen Massnahmen in der Physiotherapie oder im MTT durchzuführen. Auch im Probetraining während des Assessments seien das Erstellen eines Heimübungsprogrammes sowie der Versuch verschiedener passiver Massnahmen, wie die lokale Wärmeapplikation oder das Ausprobieren eines Tempurkissens, abgelehnt worden. Zur Erweiterung der aktivierenden Massnahmen würden regelmässige Spaziergänge in der Natur, das Durchführen von Ausdaueraktivität sowie die Wiederaufnahme der bis zum Unfall durchgeführten Hobby-Aktivitäten empfohlen. Auch hierbei habe kein Zugang gefunden werden können. So lange sie die Aktivitäten (z.B. das Reiten) nicht in ihrem gewohnten, vollen Ausmass ausführen könne, müsse sie es gar nicht erst versuchen. Eine schrittweise Steigerung von Aktivitäten, z.B. beim Reiten, lehne die Beschwerdeführerin ab. Zusätzlich zur körperbezogenen Behandlung werde eine psychotherapeutische Betreuung der Beschwerdeführerin als unbedingt notwendig erachtet. Die psychosoziale Situation spiele bei der Beschwerdeführerin eine tragende Rolle. Auch in dieser Hinsicht sei sie nicht zugänglich, sie lehne eine psychotherapeutische Behandlung ab. Prinzipiell spreche aus somatischer Sicht nichts gegen die Suche einer neuen Arbeit, jedoch müsse die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin hierbei berücksichtigt werden.

### **E. 3.6**

Gemäss Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 26. November 2013 (Urk. 9/47), über die gleichentags aufgenommene MRT

der BWS, der HWS und der LWS seien diskreteste degenerative Veränderungen C5/C6 bei minimaler Protrusion des Discus

intervertebralis im Bereich der HWS sowie eine Diskopathie L4/5 mit kleiner subligamentärer Diskushernie median und eine breitbasige

Protrusion ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression im Bereich der LWS bildlich dargestellt worden. Insgesamt hätten sich in der ganzen Wirbelsäule keine Spinalkanalstenose und kein Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression gezeigt.

### **E. 3.7**

Dr. C.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 23. Januar 2014 (Urk. 9/53) über die otoneurologische Untersuchung vom 22. Januar 2014 fest, durch die Untersuchungsbefunde könne eine vestibulospinale Pathologie ausgeschlossen werden. Die peripheren und zentral-vestibulären Funktionen seien klinisch und apparativ als normal zu beurteilen. Es bestünden keine Anhaltspunkte für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel oder einen Status nach Commotio labyrinthi. Anlässlich der Untersuchung falle auf, dass die Beschwerdeführerin in der spontanen Bewegung keine Schonhaltung zeige und auch bei der Untersuchung keine pathologischen Nystagmen

dokumentierbar seien, obwohl subjektiv bei langer Kopfreklination und Kopftieflagerung ein Unwohlsein und unsystematisches Schwindelgefühl beschrieben würden. Obwohl die

Beschwerdeführerin zwei Tage vor dem Untersuchungsbesuch beim Osteopathen in Behandlung gewesen sei, seien die linke Schultermuskulatur (M. Trapezius) und eine paravertebrale Myogelose links C3/4 noch spürbar und wohl für ausstrahlende Cephalalgie im Frontotemporalbereich hauptsächlich verantwortlich. Es würden regelmässige Wärmeapplikation und aktive Streckgymnastik sowie tägliches Kreislauftraining empfohlen. Eine angstüberlagerte Schon- und Vermeidungshaltung betreffend Kreislauftraining und Muskelaufbautraining sei trotz fehlender struktureller Läsionen im Gespräch deutlich wahrnehmbar. Eine psychosomatische Überlagerung in der persönlich unbewussten Unfallopfersymptomatik sei spürbar; dieser müsse mit aktiven Therapiezielen weiter entgegengewirkt werden. Eine (schrittweise) Integration ins Berufsleben sollte möglich sein, begleitet durch noch regelmässige muskellockernde physio-osteopathische Unterstützung im Schulter-Nackengebiet. Dabei sei die vorbestehende vertebrale Belastung mit zubeachtenden .

### **E. 3.8**

Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 3. Februar 2014 (Urk. 9/57) fest, dass eine strukturelle Unfallfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe ausgeschlossen werden können. Aufgrund der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ sei in 2 Monaten ein stabiler Zustand zu erwarten. Die berufliche Reintegration sollte unterstützend bereits jetzt begonnen werden.

### **E. 3.9**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 7. April 2014 (Urk. 9/68) fest, es liege eine unbefriedigende Situation auch rund 8 Monate nach dem Verkehrsunfall vor. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig, es zeigten sich keine fokalen Defizite. Es sei schwierig, der Beschwerdeführerin sinnvolle therapeutische Optionen anzubieten. Physiotherapie und Osteopathie betreibe sie bereits. Zusätzliche medikamentöse Massnahmen halte er nicht für sehr erfolgsversprechend. Am ehesten könnten rheumatologische Ansätze bezüglich der Rückenbeschwerden helfen. Von einer psychologischen Beratung und Betreuung sei die Beschwerdeführerin gar nicht angetan, obwohl dieser Vorschlag sicher seine Berechtigung habe. Auch für eine stationäre Behandlung mit psychosomatischem Schwerpunkt sei die Beschwerdeführerin kaum zu motivieren. Andere Ursachen für den Schwindel als eine posttraumatische beziehungsweise später somatoforme Komponente könne er nicht postulieren. Er denke, dass vor allem in rheumatologischer und psychosomatischer Hinsicht Therapiebedarf bestehe. Aus neurologischer Sicht lasse sich eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht aufrechterhalten.

### **E. 3.10**

Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 24. April 2014 fest, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht mehr zu erwarten. Auch der Neurologe habe keine relevanten Behandlungsvorschläge mehr machen können, womit auch der Facharzt von keiner namhaften Verbesserung durch weiterführende Behandlungsmassnahmen mehr ausgehe (Urk. 9/75).

### **E. 3.11**

Dr. E.\_\_\_\_ listete in seinem Bericht vom 19. Mai 2014 (Urk. 9/83) sämtliche von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden seit dem Unfall auf und hielt fest, der Unfall könne derzeit noch nicht abgeschlossen werden, da sämtliche Beschwerden nicht

vorbestehend seien. Aus seiner Sicht sei es notwendig, differenzialdiagnostische Abklärungen vorzunehmen, um allfällige, den Heilungsprozess negativ beeinflussende Faktoren auszuschliessen beziehungsweise auch Faktoren zu finden, welche sich möglicherweise bereits zum Zeitpunkt des Traumas ungünstig ausgewirkt hätten (erhöhte Vulnerabilität).

### **E. 3.12**

Dr. D. \_\_\_ führte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Juni 2014 (Urk. 9/87) aus, die diversen radiologischen Untersuchungen seien bezüglich Unfallfolgen unauffällig. Eine strukturelle Läsion im Bereich der BWS und der LWS habe ausgeschlossen werden können. Aufgrund der Stabilisierung des Oberkörpers im Autositz bei nur geringer Krafteinwirkung (0.3-1.2 g) sei eine strukturelle Läsion im Bereich der BWS und der LWS auch nicht überwiegend wahrscheinlich zu erwarten. Eine Distorsion beziehungsweise Kontusion der LWS und der BWS heile innerhalb weniger Wochen vollständig ab. Spätestens sechs Monate nach einem Trauma sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen im Bereich der BWS und der LWS vollständig abgeheilt seien. Weiter bestehende Beschwerden könnten nicht mehr überwiegend wahrscheinlich als unfallbedingt erklärt werden, insbesondere deshalb, da die Beschwerdeführerin bereits unter vorbestehenden LWS-Beschwerden gelitten habe und deswegen behandelt

worden sei. Mehrfach sei die Beschwerdeführerin auf eine psychologische Begleitung hingewiesen worden, welche sie jedoch abgelehnt habe. Auch sei wiederholt ein aktives Therapieregime vorgeschlagen worden. Bereits 1 ½ Monate nach dem Trauma sei eine schrittweise berufliche Reintegration empfohlen worden. Diese sei bis zum heutigen Zeitpunkt nicht dokumentiert, sodass nicht mehr überwiegend wahrscheinlich von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei.

### **E. 4.1.1**

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C\_677/2007]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_209/2014 vom 3. September 2014, E. 5.2). Wird die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand

durch den Unfall lediglich aktiviert, nicht aber (weitgehend) verursacht, hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun

Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3).

#### **E. 4.1.2**

Es ist dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall Beschwerden im Lendenwirbel säulen bereich hatte (vgl. z.B. Urk. 9/

#### **E. 4.1.3**

Etw as Gegenteiliges lässt sich weder dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2014 (E. 3.11) noch dem von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopä dische Chirurgie, vom 10. Juni 2014 (Urk. 3/5) entnehmen. Dr. E.\_\_\_\_ begnügte sich damit, in seinem Bericht vom 19. Mai 2014 (E. 3.11) sämtliche von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerde n aufzuführen. Befunde erhob er jedoch keine ; dementsprechend äusserte er sich auch nicht darüber, ob die beklagten Beschwerden objektivierbar seien oder nicht . Sein Fazit , der Unfall könne deshalb nicht abgeschlossen werden, weil sämtliche Beschwerden vorbe stehend seien, entbehrt somit jeglicher wissenschaftlichen Grundlage. Dr.

F.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht

vom 10. Juni 2014 (Urk. 3/5) fest, er habe die Beschwerdeführerin schon im Jahr 2010 behandelt. Im November (2013) sei eine Verlaufsaufnahme der LWS durchgeführt worden und im Wesentlichen ein unverändertes Bild mit einer Osteochondrose L4/5 mit einer deutlichen HIZ ( Hyper

Intensity Zone )

gesehen worden . Im Bereich der HWS werde eine sehr diskrete Veränderung bei C5/6 gesehen, die mit den Beschwer den wahrscheinli ch nicht im Zusammenhang stehe . Es sehe wohl so aus, dass die Beschwerdegegnerin ihre Zahlungen einstelle, wie es in der Regel in solchen Fällen mit einer eindeutigen Vorschädigung

auch zu erwarten sei . Er finde eine sehr isolierte Druckdolenz

suboccipital rechts. Möglicherweise liege eine Verlet zung des Gelenks C2/3 vor, welches neben dem Segment C5/6 das am häufigs ten verletzte Gelenk im Rahmen eines Schleudertraumas sei. Daraus ergibt sich, dass

Dr. F.\_\_\_\_ einem Fallabschluss n ichts entgegen zu setzen hatte . Er führt e die Beschwerden im Bereich der HWS nicht einmal auf die Veränderun gen bei C5/6 zurück. Über eine Verletzung des Gelenkes C2/3 konnte Dr. F.\_\_\_\_ ausserdem nur spekulieren . Eine entsprechende Verletzung wurde

im MRI vom 26. November 2013

jedenfalls nicht nachgewiesen (E. 3.6). Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ enthält

im Übrigen bloss Angaben über die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin sowie mögliche Schmerzthe rapien . Darüber, ob die Schmerzen nicht nur aus Sicht der Beschwerdeführerin, sondern auch aus seiner Sicht unfallkausal seien, äusserte er sich nicht. Inwie fern Dr. F.\_\_\_\_

die kreisärztliche Beurteilung widerlegt haben soll (Urk. 1 S. 4), ist somit nicht nachvollziehbar.

Nicht nachvollziehbar ist

überdies, worauf die Beschwerdeführerin mit ihrem Hinweis auf angeblich zu tiefe Zink-, Eisen-, Vitamin B12- und Hormonwerte (Urk. 1 S. 6) hinauswill. Nebst dem Umstand, dass kein entsprechender ärztlicher Bericht vorgelegt wurde, kann kein Zusammenhang zwischen den besagten Werten und dem Unfall hergestellt werden. Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt.

#### **E. 4.2.1**

Mit dem Fallabschluss ist zu prüfen, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Juli 2013 und den fort bestehenden Beschwerden besteht. Da die adäquate Kausalität als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt (E. 1.4.2), ist zunächst zu prüfen, ob im konkreten Fall solche Unfallfolgen vorliegen oder nicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Unfallfolgen erst dann als organisch objektiv ausgewiesen gelten, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann als erstellt gelten, dass den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt (vgl. E. 4.1.2).

Festzuhalten ist ausser dem, dass aufgrund klinischer Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit rechtsprechungsgemäss nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat des geklagten Beschwerdebildes geschlossen werden kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_945/2008 vom 8. April 2009). Selbst wenn die geltend gemachten Nacken- und thorakolumbalen Beschwerden damit klinisch fassbar wären, würden sie keine organische Gesundheitsstörung darstellen. Weiter konnte weder im Rahmen der neurologischen noch der otoneurologischen Abklärung für den Schwindel eine organische Ursache gefunden werden (E. 3.7 und E. 3.9). Hinsichtlich der geltend gemachten Schlaf-, Konzentrations- und Sehstörungen, sowie der Müdigkeit, Reizbarkeit und Vergrösslichkeit seit dem Unfall ist schliesslich zu bemerken, dass es sich hier um organisch nicht objektiv ausgewiesene Befindlichkeitsstörungen handelt, welche ebenfalls nicht einem organischen Substrat zugeordnet werden konnten (vgl. E. 3.3., E. 3.7 und E. 3.9).

Bei diesem Ergebnis kann auf eine abschliessende Beurteilung der natürlichen Kausalität verzichtet werden. Unter Berücksichtigung des „typischen, bunten Beschwerdebildes“ nach dem Unfall vom 4. Juli 2013 ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Adäquanztprüfung anhand der sogenannten Schleudertrauma-Praxis vornahm. Anders als im Falle einer psychischen Fehlentwicklung nach einem Unfall

– ob eine solche hier vorliegt, kann im Ergebnis offen gelassen werden (vgl. E. 4.2.3) – ist demnach auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten zu verzichten

(BGE 117 V 359 E. 6a S. 367 und 369 E. 4b S. 382 f.).

#### **E. 4.2.2**

Die Unfallschwere ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht relevant sind die Kriterien, welche bei der Prüfung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden; dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die verletzte Person zuzog, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zog (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_799/2008 vom 11. Februar 2009 E. 3.2.1).

Dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 4. Juli 2013 als leichten Unfall qualifizierte (Urk. 2 S. 13), ist angesichts des Unfallhergangs und der dabei entwickelten Kräfte (Sachverhalt Ziff. 1.1 und E. 3.4) nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin wandte im Beschwerdeverfahren denn auch nichts gegen die seinerseits Einschätzung ein (vgl. Urk. 1). Der adäquate Kausalzusammenhang ist bei leichten Unfällen in der Regel zu verneinen. Anhaltspunkte dafür, weshalb hier eine Ausnahme von der Regel zur Anwendung käme, gibt es nicht und wurde auch nicht dargelegt. Die Beschwerdeführerin hat somit auch keinen Anspruch auf weitere Geldleistungen der Beschwerdegegnerin in Form einer Integritätsentschädigung oder einer Invalidenrente. 4. 2. 3

Sollte es bei der Beschwerdeführerin zu einer psychischen Fehlentwicklung gekommen sein, würde dies am Ergebnis nichts ändern. Denn auch dann entfielen aufgrund der Qualifikation des Ereignisses vom 4. Juli 2013 als leichter Unfall die in adäquater Kausalzusammenhang: Bei einfachen Unfällen kann die Adäquanz des Kausalzusammenhangs in der Regel ohne weiteres verneint werden, da solche Ereignisse nicht geeignet erscheinen, zu einer psychischen Fehlentwicklung zu führen (BGE 115 V 133 E. 6a). Ausnahmsweise (beispielsweise bei einem verzögerten Heilungsverlauf, bei einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit oder bei Komplikationen durch eine besondere Art der erlittenen Verletzung; vgl. RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 ff.) ist die Adäquanzfrage zwar auch bei leichten Unfällen zu prüfen, wobei die Kriterien, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, heranzuziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2009 vom 7. Mai 2009 E. 5.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall lassen indes keine Anhaltspunkte auf einen solchen Ausnahmefall schliessen.

#### **E. 4.2.4**

Für den Fall, dass das Gericht die Sache nicht zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückweise, beantragte die Beschwerdeführerin die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels, bei welchem sie über den weiteren Behandlungsverlauf berichten könne (Urk. 1 S. 5). Für die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels besteht jedoch kein Anlass, da der weitere Behandlungsverlauf nicht relevant ist.

#### **E. 4.3**

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

## **E. 6**

S. 1 und Urk. 9/36 S. 6); die Lumbalgie war somit vorbestehend. Darauf wies auch der erstbehandelnde Dr. Y. \_\_\_ in seinem Bericht vom 3. September 2013 hin. Sodann führte er in seinem Bericht aus, die Untersuchungen der HWS und der BWS (Röntgen) sowie des Schädels (MRI ) seien ohne Befund gewesen (vgl. E. 3.1 und E. 3.2). Gemäss Bericht der Klinik G. \_\_\_ vom 26. November 2013 (Urk. 9/47) wurden beim gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung der gesamten Wirbelsäule diskrete degenerative Veränderungen C5/C6 bei minimaler Protrusion des Discus

intervertebralis im Bereich der HWS sowie eine Diskopathie L4/5 mit kleiner subligamentärer Diskushernie median und eine breitbasige

Protrusion ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression im Bereich der LWS bildlich dargestellt (E. 3.6).

Von einer durch den Unfall verursachten strukturellen Läsion im Bereich der BWS und der LWS ist also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen, wie bereits Dr. D. \_\_\_ in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Juni 2014 zutreffend ausführte (E. 3.12). Angesichts der Befunde, die im unfallanalytischen Gutachten vom 14. Oktober 2013 genannten mittleren Beschleunigungswerte von circa 0,3 bis 1,2 g (E. 3.4)

und der vorerwähnten Rechtsprechung des Bundesgerichts (E. 4.1.1) erscheinen sodann auch die kreisärztlichen Feststellungen, wonach die geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 4. Juli 2013 zurückzuführen seien (E. 3.12), nachvollziehbar. Die Diskopathie

an der LWS (L4/5) war vorbestehend und erforderte schon vor dem Unfall die Durchführung von Therapiesitzungen (Urk. 9/6 S. 1). Die diskreten Veränderungen

C5/C6 an der HWS wurden im Bericht der Klinik G. \_\_\_ als degenerativ beschrieben und sind daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls nicht unfallkausal. Eine richtunggebende Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände konnte röntgenologisch

nicht ausgewiesen werden. Eine vorübergehende Verschlimmerung ist zwar nicht auszuschliessen, doch ist diese in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Der Fallabschluss per 31. Mai 2014 erfolgte rund 11 Monate nach dem Unfallereignis vom 4. Juli 2013 und somit zu einem Zeitpunkt, in welchem davon auszugehen war, dass eine traumatische Verschlimmerung abgeschlossen ist. Dafür spricht auch, dass die bei Fallabschluss weiter bestehenden Beschwerden weder neurologisch noch otoneurologisch erklärt werden konnten (E. 3.7 und E. 3.9). Eine psychische Überlagerung wurde von

ärztlicher Seite her verschiedentlich vermutet, konnte aber

nicht verifiziert werden, da die Beschwerdeführerin in einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich war (E. 3.5, E. 3.7 und E. 3.9).

Dass Dr. D.\_\_\_\_ in seiner kreisärztlichen Beurteilung in Anbetracht der zeitlichen Abläufe und der ärztlichen Feststellungen davon ausging, es sei von keiner namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes durch weiterführende Behandlungsmassnahmen mehr auszugehen, erscheint sodann nachvollziehbar: Im Januar 2014 wurden von Dr. C.\_\_\_\_

(E. 3.7) nebst der bereits installierten Physiotherapie und Osteopathie weitere Therapiemassnahmen empfohlen (regelmässige Wärmeapplikation, aktive Streckgymnastik, tägliches Kreislauftraining); der spürbaren psychosomatischen Überlagerung müsse mit aktiven Therapiezielen entgegengewirkt werden.

Rund zwei Monate später, am 7. April 2014, hielt Dr. A.\_\_\_\_

in seinem Bericht fest, es sei schwierig, der Beschwerdeführerin sinnvolle therapeutische Optionen anzubieten. Physiotherapie und Osteopathie betreibe sie bereits. Er denke, dass vor allem in rheumatologischer und psychosomatischer Hinsicht Therapiebedarf bestehe (E. 3.9).

Dass die Beschwerdeführerin den ihr in Eigenregie zumutbaren, aktivierenden Therapieempfehlungen nachgekommen wäre, lässt sich den Akten nicht entnehmen.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2013 (E. 3.5) auf die Notwendigkeit einer MTT und psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen worden war, diesbezüglich jedoch kein Zugang zur Beschwerdeführerin hatte gefunden werden können. Weshalb dieser Bericht nicht verwertbar sein sollte (Urk. 1 S. 9), lässt sich nicht begründen. Die darin enthaltenen Feststellungen stehen keineswegs in Diskrepanz zu den Beobachtungen von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_. Massgebend ist schliesslich, dass weder Dr. C.\_\_\_\_ aus otoneurologischer Sicht (E. 3.7) noch Dr. A.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht (E. 3.9) noch die Ärzte der B.\_\_\_\_ aus somatischer Sicht (E. 3.5) eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit von weiteren (somatischen) Therapiemassnahmen abhängig machten, sondern die Beschwerdeführerin grundsätzlich für arbeitsfähig erachteten. Der Fallabschluss per 31. Mai 2014 erweist sich somit als rechtens.

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