

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00006

vom 21. Juli 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00006 du 21 juillet 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00006 del 21 luglio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, bezog während einer vom 1. Mai 2004 bis 30. April 2006 dauernden Rahmenfrist für den Leistungsbezug Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Urk. 10/21/3) und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 5. Februar 2005 erlitt sie einen Verkehrsunfall, als sie bei einer Kreuzung bei grün korrekt abbiegen wollte und ein mit massiv übersetzter Geschwindigkeit heranfahrender Lenker das Rotlicht überfuhr und seitlich in ihr Fahrzeug prallte (Urk. 10/233/95). Dabei zog sie sich eine Kniekontusion, ein postcommotionelles Syndrom sowie ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) zu (Urk. 10/233/148-149 und Urk. 10/233/66-68). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

In der Folge unterzog sich die Versicherte während Jahren verschiedenen Behandlungen, wobei mannigfaltige Beschwerden persistierten. Mit Verfügung vom 21. November 2013 (Urk. 10/336) schloss die SUVA den Fall ab und stellte ihre Leistungen per 31. Dezember 2013 ein unter Hinweis darauf, dass die geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht als überwindbar zu betrachten seien. Die dagegen am 28. November 2013 (Urk. 10/340/1-12) erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 17. November 2014 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

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

E. 1.2

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 ein 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 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. 1.3.1

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. 1.3.2

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 einzu beziehen 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 Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. 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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 5. Januar 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 31. Dezember 2013 hinaus; eventuell sei eine Begutachtung durch das Gericht anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Die SUVA ersuchte am 1. Mai 2015 (Urk. 9) um Abweisung der Beschwerde. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (Urk. 15 und Urk. 20). Am 4. November 2015 (Urk. 22) nahm die Versicherte erneut Stellung, was der SUVA am 6. November 2015 (Urk. 23) zur Kenntnis gebracht wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen weiteren Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit der Begründung, von weiteren Heilbehandlungen sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. In neurologischer Hinsicht sei kein Gesundheitszustand ausgewiesen, welcher eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Beruf als Selbständigerwerbende im Bereich Import und Export als Leiterin Marketing-Kommunikation bewirken könne. In psychiatrischer Hinsicht seien schmerzpsychotherapeutische Behandlungen empfohlen worden und zuletzt habe die Beschwerdeführerin ihr Schmerzmanagement etablieren und vertiefen können (Urk. 2 S. 14 f.). Die Ärzte seien sodann zur Auffassung gelangt, dass die Beschwerdeführerin für alle ihrem Ausbildungsstand entsprechenden Tätigkeiten uneingeschränkt belastbar sei und sie in psychiatrischer Hinsicht über grosse Ressourcen verfüge. Mit therapeutischer Hilfe sollte sie in der Lage sein, mit dem Leiden besser umzugehen und die Auswirkungen auf ihr Leben zu reduzieren. Unter einer schmerzpsychotherapeutischen Behandlung sollte sie in der Lage sein, mit wenig bis keinen Einschränkungen wieder im angestammten Beruf arbeiten zu können (S. 17). Die Beschwerdegegnerin ging schliesslich von der Überwindbarkeit des noch vorhandenen Leidens aus und prüfte die Adäquanzfrage nicht (S. 17 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ihrerseits ging davon aus, dass der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang gegeben sei (Urk. 1 S. 13 ff.) und erachtete die noch vorhandenen Schmerzen als nicht überwindbar (S. 15 ff.). Sodann ging sie vom Vorliegen organisch bedingter Beschwerden aus (S. 19 f.).

E. 3

Die Eidgenössische Invalidenversicherung sprach der Versicherten mit Verfügung vom 9. Mai 2014 (Urk. 10/354) ab 1. Februar 2006 bis 30. November 2008 eine befristete halbe Rente zu. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. Y.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Februar 2005 (Urk. 10/233/66-67) ein postcommotionelles Syndrom sowie (wahrscheinlich) ein leichtes Distorsionstrauma der HWS und führte aus, nach dem Unfall hätten sich Wortfindungs-, Konzentrations- und Schlafstörungen manifestiert. Zudem leide die Beschwerdeführerin seit kurzem an einem diffusen Schwankschwindel mit wechselhafter Ausprägung. Die neurologische Untersuchung habe keine Abweichung von der Norm ergeben, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine zentral- oder peripher-vestibuläre Läsion. Die veranlassten Zusatzuntersuchungen (MRI der HWS und des Schädels) hätten eben falls vollständig normale, altersgemässe Befunde ohne jeden Anhaltspunkt für posttraumatische Veränderungen ergeben. Die Untersuchung des Mentalstatus habe weitgehend normale Befunde gezeigt ausser beim schriftlichen Rechnen und beim Kopfrechnen, was gegen eine signifikante cerebrale Schädigung anlässlich des Unfalles spreche (S. 3).

E. 3.2

Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie FMH, verwies in seinem Bericht vom 27. Juli 2005 (Urk. 10/8) auf den offensichtlich eindrücklichen Unfall sowie eine festgestellte HWS-Distorsion, wobei unter adäquaten therapeutischen Massnahmen eine Verbesserung habe erreicht werden können. Es bestehe eine Restsymptomatik im Sinne eines minimalen zervikovertebralen Syndroms (anamnestisch zervikozephalales Syndrom) mit minimaler rechtsseitig verspannter Nackenmuskulatur und vereinzelt Triggerpunkten okzipital und am Ansatz der Muskulatur an der Scapula sowie Schmerzausstrahlung über die rechte Schulter, den Ellbogen bis in die Hand mit Sensibilitätsstörung im Ulnaris-Ausbreitungsgebiet vom Sulcus

ulnaris nach distal. Angegeben werde sodann die sogenannte typische HWS-Symptomatik mit andauernden und unter Belastung zunehmenden druckartigen Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel, Vergesslichkeit, Leistungsknick, unregelmässiger Tinnitus sowie Lärmempfindlichkeit. Unter Hinweis auf sehr diskrete Befunde ging Dr. Z.____ von einer raschen Steigerung der Arbeitsfähigkeit (bis anhin 25 %, was aus somatischer Sicht wohl nicht gerechtfertigt sei) aus (S. 4).

E. 3.3

Die Ärzte der RehaClinic

A.____, wo die Beschwerdeführerin vom 14. bis

25. November 2005 hospitalisiert gewesen war, diagnostizierten im Austrittsbericht vom 19. Dezember 2005 (Urk. 10/17/2-4) Restbeschwerden bei Status nach HWS-Distorsionstrauma durch Autounfall mit anamnestisch Commotio cerebri. Sie verwiesen auf die durchgeführten Therapien und schilderten – im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung – im Bereich Aufmerksamkeit/Konzentration Beeinträchtigungen bei der Selektivität in Form einer deutlichen Verlangsamung sowie bei anspruchsvollen Aufgaben einer erhöhten Fehlerzahl. Die Daueraufmerksamkeit sei vermindert gewesen ebenso wie die Stressresistenz. Die gezeigte psychophysische

Belastbarkeit sei mit einem Pensum von 50 % bei schrittweiser Steigerung vereinbar.

E. 3.4

Dr. med. Y.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, berichtete am 29. August 2006 (Urk. 10/33) über die Untersuchungen vom 18. und 25. August 2006 und diagnostizierte einen Status nach Unfallereignis mit Schädel-Hirntrauma mit kurzer anamnestischer Lücke und konsekutiven kognitiven Defiziten, postcommotionellem Syndrom, wahrscheinlich leichtem posttraumatischem Thoracic Outlet Syndrom sowie bei Status nach leichtem Distorsionstrauma der HWS

(S. 1). Er schilderte einen altersgemässen Normalbefund der HWS (MRI vom 25. August 2006), insbesondere vollständig normale Verhältnisse im gesamten Bewegungsegment C7/Th1 mit freier Wurzel C8 rechts (S. 2).

Dr. Y.____ führte aus, im Vordergrund stehe ein Persistieren kognitiver Defizite in Form von Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Auftreten von Flüchtigkeitsfehlern und eine vorzeitige Ermüdung. Zudem stelle sich bei Überforderungssituationen ein diffuses druckartiges Kopfweh ein. Diese Beschwerden führte er am ehesten auf ein Schädel-Hirn-Trauma zurück, für welches die zwar kurze, aber glaubhafte anamnestische Lücke von Minutendauer spreche. Die geklagten Kopfwehbeschwerden interpretierte er am ehesten als Spannungskopfweh. Anhaltspunkte für ein schwerwiegendes HWS-Distorsionstrauma sah er keine.

E. 3.5

Die Ärzte des B.____, ORL, neurologische und psychiatrische Poliklinik, diagnostizierten im Bericht vom 11. April 2007 (Urk. 10/52) einen Verdacht auf eine vestibuläre Migräne, posttraumatisch nach HWS-Distorsionstrauma und Commotio cerebri bei Autounfall (S. 1). In ihrer Beurteilung hielten sie fest, die seit dem Autounfall auftretenden Kopfschmerzen erfüllten semiologisch die Kriterien einer Migräne ohne Aura. Der Schwindel sei am ehesten eine Manifestation der Migräne. Der neuro-otologische und allgemein-neurologische Status sei unauffällig, sodass keine Hinweise auf eine Läsion des vestibulären Systems bestünden (S. 3).

E. 3.6

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, referierte in seinem Gutachten vom 18. August 2008 (Urk. 10/94) vorweg (S. 13) die bildgebenden Untersuchungsergebnisse der Kernspintomographie HWS und Kopf vom 22. Februar 2005 (keine posttraumatischen Veränderungen intrakraniell, regelrechtes Hirnparenchym, keine fokale Läsion, als Nebenbefund eine Thornwaldt-Zyste des Epipharynx links paramedian, Streckhaltung zervikal, Disci und Wirbelkörper intakt, keine posttraumatischen Veränderungen) sowie derjenigen vom 25. August 2006 (keine Pathologie, vgl. auch E. 3.4).

Er schilderte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Sinne einer Kraftminderung und Missempfindungen im rechten Arm, Schulterschmerzen, Muskelkatergefühl an der rechten Halsseite, Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen bis in die Stirnregion (S. 14).

Der Gutachter führte aus, bei der aktuellen neurologischen Untersuchung hätten sich vollumfänglich unauffällige Befunde ergeben. Die Beweglichkeit der HWS sei nicht messbar eingeschränkt gewesen. Es hätten sich lediglich leichtere muskuläre

Verspannungen im Bereich des Trapeziusmuskels und der rechtsseitigen vorderen Halsmuskulatur gezeigt. Hierbei handle es sich um einen unspezifischen Befund. Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung vom klinischen Eindruck her keineswegs krank oder schmerzgeplagt gezeigt. Über die fast zweistündige Untersuchung und Befragung hinweg sei sie stets voll konzentriert und in ihrer Belastbarkeit un eingeschränkt geblieben. Die vorgetragenen Schulter-, Arm- und Nackenbeschwerden seien von neurologischer Seite her nicht erklärbar. Insbesondere fänden sich kein objektivierbares radikuläres Syndrom, keine klinischen Zeichen einer peripheren Nervenschädigung oder einer Plexusläsion (S. 25).

Bei der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung (des D. ___ vom 4. August 2008, Urk. 10/95) hätten sich eine Verlangsamung der psychomotorischen Geschwindigkeit (30 %), eine mittelgradig beeinträchtigte attentionale Leistung und eine deutliche Ermüdung nach einem Zeitintervall von 2½ Stunden gezeigt. Darüber hinaus habe sich bei der Erhebung des allgemeinen kognitiven Niveaus ein signifikanter Unterschied zwischen fluiden und kristallinen Anforderungen ergeben. Die Leistungsminderungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge einer gestörten Schmerzverarbeitung und – interferenz zu interpretieren, nachdem sich anhand der Aktenlage keine Hinweise für eine strukturelle Läsion kortikaler oder subkortikaler Hirnstrukturen beziehungsweise eine relevante psychiatrische Komorbidität ergäben. Aus neuropsychologischer Sicht entspreche das aktuelle Arbeitspensum der momentanen Leistungsfähigkeit. Nach Optimierung der Schmerztherapie sei mit einer Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich zu rechnen (S. 26). Im Originalgutachten sprachen die Gutachter von einer Einschränkung durch eine leichte Verlangsamung von ungefähr 30 % mit erkennbaren Leistungseinbrüchen, weshalb aktuell insbesondere in der zeitlichen Erstreckung eine Einschränkung bestehe; das von der Beschwerdeführerin täglich eingehaltene Arbeitsintervall

(25 %) scheine derzeit realistisch zu sein, eventuell sollte es ihr möglich sein, ein zweites Arbeitsintervall am späteren Nachmittag zu bewältigen (Urk. 10/95 S. 14 und S. 4).

Dr. C. ___ diagnostizierte einen wahrscheinlichen Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch, einen Verdacht auf eine vorbestehende Migräne ohne Aura sowie eine sekundäre neuropsychologische Funktionsstörung bedingt durch Schmerzinterferenz und eine Schmerzverarbeitungsstörung (S. 26).

Er hielt sodann fest, dass drei Jahre nach dem Unfall bei fehlenden strukturellen traumatischen Läsionen das geklagte und rein subjektiv zu fassende Beschwerdebild nicht mehr mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Februar 2005 bezogen werden könne. Hinzu komme, dass ein Teil der Beschwerden mit erheblicher zeitlicher Latenz zum Ereignis aufgetreten sei, was gegen eine Unfallkausalität spreche. Es liege auch keine milde traumatische Hirnverletzung vor, da kein Kopfanprall stattgefunden habe. Als Vorzug stand nannte er eine Migräne. Er erachtete die Beschwerden nach einer – wie vorliegend – leichten HWS-Distorsion über einen Zeitraum von sechs Monaten als nachvollziehbar. Spätestens ab dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Juli 2005 hätten unfallfremde Faktoren den weiteren Verlauf vollumfänglich beherrscht, nachdem zu dieser Zeit bereits keine relevanten somatischen Befunde mehr nachweisbar gewesen seien. Auf neurologischem Gebiet sei kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, der eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Beruf als Selbständigerwerbende im Bereich Import und Export und als Leiterin Marketing-Kommunikation bewirke. Die im

Vordergrund stehende Schmerzproblematik sei behandelbar (S. 27 ff.).

E. 3.7

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 5. Oktober 2011 (Urk. 10/222) akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung; differenzialdiagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 16).

In Bezug auf die narzisstischen Anteile führte er aus, auf der einen Seite lege die vor dem Unfall auf den ersten Blick unauffällige Anamnese und die steile Karriere sowie die immer wieder genannte Freundlichkeit der Beschwerdeführerin eine Ausprägung der narzisstischen und histrionischen Charaktereigenschaften nahe. Auf der anderen Seite erwiesen sich die narzisstischen Charaktereigenschaften als sehr stark, hätten ausgeprägte Auswirkungen auf Gesundheit und beruflichen Erfolg und würden selbst dann noch aufrechterhalten, wenn sie dysfunktional würden. Sie wirkten auch stark in das Helfersystem der Beschwerdeführerin und verleiteten dieses zum mitagieren (S. 19 f.).

Der Gutachter verwies weiter auf die im Vordergrund der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin stehenden anhaltenden und belastenden Schmerzen, vor allem in den Knien, im rechten Arm, Schultern und Nacken, migräniforme Kopfschmerzen und durch die Schmerzproblematik induzierte neuropsychologische Funktionsstörungen. Von der wahrscheinlich bereits vor dem Unfall aufgetretenen Migräne abgesehen finde sich trotz der Schwere des Unfallvorganges für die Schmerzen keine medizinische Erkrankung im Sinne eines pathophysiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung. Es lägen keine psychiatrischen Krankheiten, insbesondere keine Depression, keine Anpassungsstörung und keine posttraumatische Belastungsstörung vor. Damit sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen. Die neuropsychologischen Funktionsstörungen seien als schmerzbedingt beurteilt worden und sollten nach einer erfolgreichen Schmerztherapie weitgehend bis vollständig reversibel sein

(S. 20). Insbesondere sei mit einer Verbesserung der Affekt- und Bedürfniswahrnehmung, der Selbstwahrnehmung und der Abwehr zu rechnen. Medizinisch-theoretisch werde es dadurch zu einer Reduktion der Schmerzsymptomatik und einer Verbesserung der neuropsychologischen Funktion sowie der Lebensqualität kommen. Mit einer signifikanten Besserung sei – im ambulanten Setting - nicht vor sechs bis neun Monaten zu rechnen (S. 21 unten).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit erachtete der Experte die Beschwerdeführerin als in der Lage, stundenweise Unterricht zu erteilen, was sie nach dem Unfall auch bereits getan habe. Aus psychiatrischer Sicht sei das im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung aufgeführte Profil (E. 3.6) weiterhin gültig

(S. 24).

Aus psychiatrischer Sicht wäre es zwar ohne den Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu der jetzigen Symptomatik gekommen. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei als Folge einer dysfunktionalen Verarbeitung des Unfalles und der durch ihn ausgelösten Affekte, Konflikte und Verluste zu betrachten (S. 26).

E. 3.8

Dr. med. F.____, FMH Anästhesiologie, Oberarzt Schmerzzambulatorium am B.____, berichtete am 21. November 2012 (Urk. 10/288) über die Konsultation vom Vortag und diagnostizierte ein cervicocephales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom mit hochgradigem Verdacht einer facettären Affektion rechts im Bereich C5/6/7 ausgehend vom Unfallhergang, dem schmerzhaften Niveau und der klinischen Untersuchung, wahrscheinlich muskulär getriggerte

ulnar betonte

Hypästhesien im rechten Handbereich sowie ein chronisch intermittierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom, aktuell inaktiv (S. 2). Er thematisierte verschiedene Therapieempfehlungen (diagnostische Facettengelenksabklärung, Hitzeverödung, intravenöse Austestung, physiotherapeutische Abklärung, stationäre Rehabilitation, S. 2 f.).

E. 3.9

Lic.phil. G.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Institutsleiterin des H.____ für psychologische Therapie, berichtete am 28. Oktober 2013 (Urk. 10/332) über ihre elf Sitzungen umfassende Therapie. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin erkläre sich ihre Schmerzen anhand eines somatischen Erklärungsmodells. Eine Mitbeteiligung von psychischen Faktoren sei für sie bedingt nachvollziehbar. Im Verhaltensbereich sei ein günstiger Umgang mit den Schmerzen klar ersichtlich, die Beschwerdeführerin habe bereits bei Therapiebeginn über viele gute Strategien im Umgang mit Schmerzen verfügt. Das Schmerzmanagement sei gut etabliert. Ein wesentlicher Faktor sei die ungeklärte Versicherungssituation. Diese Belastung habe dazu geführt, dass ausser bei der Etablierung und Verbesserung des Schmerzmanagements keine wesentlichen Veränderungen beim Ausmass der Schmerzproblematik und der Steigerung der Leistungsfähigkeit hätten erzielt werden können. Es werde deshalb zum jetzigen Zeitpunkt die Beendigung der Therapie empfohlen.

E. 4.1

Vorweg ist zu prüfen, ob zwischen den über den 1. Januar 2014 hinaus geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 5. Februar 2005 ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist.

E. 4.2

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schlußertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des Bundesgerichts U 264/97 vom 12. August 1999). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen. Diesfalls ist vom Vorliegen einer HWS-Distorsion auszugehen (Urteil des Bundesgerichts U 336/06 vom 30. Juli 2007 E. 5.1).

E. 4.3

Vorliegend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Erstuntersuchung am Unfalltag im B.____ über Schmerzen an der HWS geklagt hat (Urk. 10/233/148-149 Ziff. 3). Einschlägige Beschwerden im Sinne eines typischen Beschwerdebildes kamen im Verlauf hinzu, wobei unter anderem auch Wortfindungs- und Konzentrationsstörungen (E.

3.1), Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit, Leistungsknick, unregelmässiger Tinnitus sowie Lärmempfindlichkeit

(E. 3.2) beklagt wurden.

E. 4.4

Damit ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin innerhalb der rechtsprechungs gemäss geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und sie sich später auch über weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Bei der entsprechend ärztlicherseits gestellten Diagnose einer HWS-Distorsion ist daher die natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 5. Februar 2005 gegeben.

Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2013 stand dann indes vorweg die Schmerzproblematik im Vordergrund, namentlich Kopf- und Nackenschmerzen, daneben Konzentrationsschwierigkeiten und Schwindel (Urk. 10/317/2). Das Beschwerdebild war damit weit weniger bunt als noch zu Beginn, weshalb sich die Frage aufdrängt, ob die Kausalität überhaupt nach der für HWS-Distorsionen anwendbaren Rechtsprechung zu prüfen ist. Angesichts von einigen – dem bundesgerichtlich umschriebenen bunten Beschwerdebild – entsprechenden Beschwerden ist dies vorliegend (knapp) zu bejahen. Es ist demnach vom Bestehen einer natürlichen Kausalität zwischen den über den 1. Januar 2014 hinaus geklagten Beschwerden und dem Unfall vom Februar 2005 auszugehen.

E. 5.1.1

In Bezug auf die Adäquanzfrage ist zu klären, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind.

E. 5.1.2

Währenddem die Beschwerdegegnerin dies verneinte, machte die Beschwerdeführerin geltend, es liege ein struktureller Schaden vor, namentlich habe Dr. Y.____ eine cerebrale und damit organische Schädigung angenommen. Weitere Abklärungen (CT) seien mangels Erforderlichkeit und Behandlungsalternativen nicht vorgenommen worden. Auch im neuropsychologischen Gutachten seien Funktionsstörungen im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer Strukturen unter Einbezug links-frontaler Strukturen beschrieben worden. Auch aus dem Bericht des Dr. F.____ ergebe sich, dass der Unfall somatische Beschwerden auf organischer Grundlage verursacht habe (Urk. 15 S. 2 f.). Sodann hätten gewaltige Kräfte auf den Organismus und das Gehirn gewirkt. Es sei anerkannt, dass unter anderem die unerwartete Beschleunigung des Kopfes als Pathogenese der Kopfverletzungen betrachtet werde (Urk. 1 S. 17).

E. 5.1.3

Den Akten sind keine dokumentierten organischen Schäden zu entnehmen. Die am Unfalltag im B.____ angefertigten Röntgenbilder zeigten keine Auffälligkeiten (Urk. 10/233/149). Dr. Y.____ konnte im Rahmen seiner neurologischen Untersuchung keine Pathologie erkennen und verwies auf unauffällige MRI-Bilder der HWS und des Schädels. Schliesslich sprachen die klinischen Erhebungen gegen eine signifikante cerebrale Schädigung (E. 3.1; dies entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin, Urk. 15 S. 2). Auch Gutachter Dr. C.____ erkannte – aufgrund der bildgebenden Untersuchungsergebnisse in den Vorakten - keine organische Pathologie und verwies lediglich auf einen irrelevanten

Ne benbefund (E. 3.6).

Nicht beigepflichtet werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie einzig auf grund der Heftigkeit des Aufpralls auf eine Hirnverletzung schliesst. Sie anerkennt (in Bezug auf diese strittige Frage) selber, dass die medizinische Diagnostik noch nicht perfekt ist und es Dinge gibt, die noch nicht mittels Bildgebung erfasst werden können (Urk. 1 S. 20 Ziff. 16.5). Ein fehlender objektivierbarer Nachweis einer Hirnverletzung führt unfallversicherungsrechtlich dazu, dass eine solche grundsätzlich nicht angenommen werden kann.

Soweit die Beschwerdeführerin eine Commotio cerebri thematisiert (Urk. 1 S. 20) ist zu bemerken, dass eine allfällige entsprechende Beeinträchtigung im vorliegenden Zusammenhang nicht relevant ist. Das Bundesgericht verwendet diese Diagnose (in Abgrenzung zur Contusio cerebri) zur Prüfung der Frage, ob die Adäquanz geklagter Beschwerden ohne organisch nachweisbare Grundlage nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen (oder ohne weiteres zu verneinen) ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorliegend erlitt die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion, weshalb die entsprechende Praxis – bei Fehlen von im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden - ohnehin zur Anwendung gelangt.

Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die Contusio cerebri ist eine fokale Gewalteinwirkung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Definitionen gemäss MSD-Manual der Diagnostik und Therapie, Hrsg. von MSD Sharp & Dohme, 5. Aufl., München 1993, S. 1838; vgl. erwähntes Urteil 8C_75/2016).

Gemäss den echtzeitlichen medizinischen Akten wurde ein postcommotionelles Syndrom (neben einer HWS-Distorsion) diagnostiziert und auf Wortfindungs-, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie Schwankschwindel verwiesen. Die neurologische Untersuchung ergab keine Abweichung von der Norm, die MRI-Bilder von HWS und Schädel waren ebenfalls unauffällig. Nähere Untersuchungen des Gehirns wurden nicht angeordnet. Demnach wurden auch weder strukturelle Veränderungen noch Mikroblutungen im Gehirn gefunden. Bei dieser Ausgangslage – die Beschwerdeführerin konnte bei geschilderter kurzer anamnestischen Lücke nach dem Unfall selber aus dem Fahrzeug aussteigen und die Unfallmodalitäten erledigen (Urk. 10/233/66, Urk. 10/233/80 ff., insbesondere Frage 5, Urk. 10/233/96 oben) - ist eine solche Verletzung nicht nachgewiesen. Ein herabgesetzter Glasgow-Coma-Scale-Wert wurde echtzeitlich nicht geschil dert, mithin auch keine Bewusstlosigkeit, Gedächtnislücke oder eine andere Bewusstseinsstörung (Urk. 10/233/148-149). Eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie für das Ereignis wurden gar explizit verneint (Urk. 10/115/2). Zusammenfassend kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine ernsthaftere Verletzung des Gehirns (im Sinne einer Contusio cerebri) erlitten hat.

Bei diesem Ergebnis kann auch aus den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Diese vermögen gemäss konstanter Rechtsprechung keinen Nachweis für die Kausalität zwischen geltend gemachten kognitiven Leistungsschwächen und dem Unfallereignis zu erbringen (Urteil des

Bundesgerichts 8C_409/2009 vom 29. Januar 2010 E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 3c).

Zum von Dr. F.____ geäusserten Verdacht einer facettären Affektion rechts im Bereich C5/6/7 (Urk. 1 S. 19 Ziff. 16.4 und E. 3.8) ist zu bemerken, dass er hierzu einzig vom Unfallhergang, dem schmerzhaften Niveau und der klinischen Untersuchung ausging. Bei unauffälligen bildgebenden HWS-Befunden kann aus diesem unspezifisch geäusserten Verdacht keine organische Pathologie hergeleitet werden und rechtfertigen sich auch keine weiteren Abklärungen. Die Beschwerdeführerin selber legte keine entsprechenden Untersuchungsergebnisse auf.

Zusammenfassend fehlen jegliche objektivierbaren Anhaltspunkte für das Vorliegen einer unfallbedingten organischen Verletzung. Anzuführen bleibt, dass rechtsprechungsgemäss von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativ/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2 mit Hinweis). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

E. 5.2.1

Zur Unfallschwere äusserte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entcheid nicht, liess sie doch die Adäquanz ungeprüft. Im Rahmen der Beschwerdeantwort schloss sie auf einen Unfall im eigentlichen mittleren Bereich (Urk.

E. 5.2.2

In der Kasuistik (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2008 vom

29. Dezember 2008 E. 3.2) wurden etwa folgende Unfälle dem mittleren Bereich zu geordnet: Unfälle, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Urteil 8C_169/2007 vom 5. Februar 2008, E. 4.2), einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug (Urteil 8C_743/2007 vom 14. Januar 2008, Sachverhalt und E. 3), von der Strasse ab kam und sich überschlug (Urteil U 213/06 vom 29. Oktober 2007, Sachverhalt und E. 7.2), auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Urteil U 258/06 vom

15. März 2007, Sachverhalt und E. 5.2) oder sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil U 492/06 vom

16. Mai 2007, E. 4.2).

Zu den schweren Ereignissen im mittleren Bereich hat die Rechtsprechung bei spielsweise einen Unfall gezählt, bei dem ein Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von rund 130 km/h plötzlich ins Schleudern geriet, die Normalspur und den Pannestreifen überquerte, mit der Böschung kollidierte und sich überschlug; der Personenwagen wurde auf die Überholspur zurückgeschleudert und kam auf den Rädern stehend zum Stillstand, wobei der Beifahrer beim Überschlagen aus dem Dachfenster auf die Böschung geschleudert wurde und die versicherte Person das Fahrzeug nicht mehr

eigenständig verlassen konnte (Urteil vom 11. Februar 2009, 8C_799/2008,

E. 3.2.2). Ebenfalls als schwerer Fall im mittleren Bereich wurde (nicht ein Auf fahrnfall, sondern) ein Zusammenprall mit einem aus der Gegenrichtung kommenden Fahrzeug in einem Tunnel qualifiziert, mit drei beteiligten Autos, bei dem ein Toter und mehrere Verletzte zu beklagen waren (RKUV 1999 Nr.

U 335 S. 207; vgl. auch RKUV 2005 Nr. U 555 S. 322 E. 3.4.1 und Nr. U 548 S. 228 E. 3.2.2).

E. 5.2.3

Beim vorliegend zu beurteilenden Unfall wurde die Beschwerdeführerin, als sie an der Ampel bei grün abbiegen wollte, von einem mit massiv übersetzter Ge schwindigkeit heranfahrenden Lenker, welcher das Rotlicht überfuhr und sich mutmasslich an einem Raserrennen beteiligte, seitlich gerammt (Urk. 10/233/95), drehte sich zweieinhalb mal (Urk. 15 S. 5) und prallte in einen Wegweiser (Urk. 10/233/29). Die Beschwerdeführerin selber erlitt keine schwe ren Verletzungen, der Beifahrer hingegen musste hospitalisiert (Urk. 10/233/107) werden, erlitt - nach den Angaben der Beschwerdeführerin – ein schweres Hirntrauma und invalidisierte (Urk. 1 S. 3; vgl. dagegen den Hin weis auf einen Verdienst des Partners und damit die Ausübung seines Berufs als Grafiker; Urk. 10/222/14, vgl. auch Urk. 10/95/4). Ein unfallanalytisches Gut achten des Instituts für Unfallanalysen, O.____, errechnete eine kollisionsbe dingte Geschwindigkeitsänderung von 55 km/h (Urk. 10/28/2). Die I.____, schl oss auf eine solche von 40 bis

50 km/h, ohne dass sie den von den O.____ er Kollegen geschätzten Wert aus schlossen (Urk. 10/49/5). Die Bilder des Unfallwagens zeigen erhebliche Schä den, namentlich eine starke Deformierung der Beifahrertüre, ein weggeknicktes Hinterrad links und eine erhebliche Delle auf der Höhe der Hinterachse rechts (Urk. 10/233/35-39).

E. 5.2.4

Angesichts der erwähnten Kasuistik erscheint der vorliegend zu beurteilende Unfallablauf als mittelschwer. Die vom Bundesgericht als im Grenzbereich zu den schweren Unfällen gewerteten Konstellationen heben sich in ihrer Schwere insofern ab, als regelmässig höhere Geschwindigkeiten vorlagen und sich das Fahrzeug nicht bloss drehte, sondern überschlug (was teilweise auch bei den mittelschweren der Fall war) sowie gar Tote zu beklagen waren. Solches ist vor liegend nicht gegeben. Damit ist der Unfall als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren. Die adäquate Kausalität ist damit gegeben, wenn ein einzelnes praxismässiges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder min destens drei der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind (Urteil des Bun desgerichts 8C_12/2016 vom 1. Juni 2016 E. 7.3.2 mit Hinweisen).

E. 5.3.1

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklich keit des Unfalls vorliegen ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Emp findens beziehungsweise Angstgefühls des Versicherten zu beurteilen (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 6.1). Abzustellen ist nicht auf das subjektive Erleben des Unfallgeschehens, sondern auf dessen objektive Eignung, bei den Betroffenen psychische Beeinträchtigungen auszulösen. Zu beachten ist, dass jedem min destens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Das

Bundesgericht bejahte dieses Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage auf einer Autobahn (Urteil 8C_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8.1; vgl. auch Urteil 8C_633/2007 vom

7. Mai 2008 E. 6.3), bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand (Urteil 8C_257/2008 vom 4. September 2008 E. 3.3.3), bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zu nächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob, wobei die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sie aufmerksam zu machen (Urteil 8C_508/2008 vom 22. Oktober 2008 E. 5.3), bei einem in der

29. Woche schwangeren Unfallopfer (Urteil 8C_590/2008 vom 3. Dezember 2008 E. 5.3) oder bei einem Abbrechen des linken Hinterrads auf der Autobahn bei starkem Verkehr mit hoher Geschwindigkeit und anschließendem Schleudern, zweimaligem Überqueren der Normalspur, wobei der Beifahrer durch das Dach aus dem Wagen geschleudert wurde, als sich das Fahrzeug überschlug (Urteil 8C_799/2008 vom 11. Februar 2009 E. 3.2).

Die Kollision war sicher eindrücklich, aber nicht von besonderer Dramatik. Grundsätzlich handelt es sich um eine einfache seitliche Kollision. Die Besonderheit der Situation reduziert sich auf die hohe Geschwindigkeit, mit welcher der Unfallverursacher in das Fahrzeug der Beschwerdeführerin prallte. Angesichts fehlender massiver Verletzungen der Beschwerdeführerin sowie der Kasko (welche erheblich schlimmere Unfallabläufe voraussetzt) kann das Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden.

E. 5.3.2

Ebenfalls zu verneinen ist das Vorliegen einer schweren oder besonders gearteten Verletzung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Die Kniekontusion kann klarerweise nicht als solche gefasst werden und die Beeinträchtigung an der HWS reduzierte sich auf die diagnostizierte Distorsion ohne organisch nachweisbare Pathologie.

E. 5.3.3

Die Annahme einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3). Einzig aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen seit dem Unfall bei verschiedenen Ärzten zu lindern versuchte, kann noch nicht auf eine spezifische, belastende ärztliche Behandlung geschlossen werden. Auch fand – soweit ersichtlich abgesehen von der zweiwöchigen Abklärung in der RehaClinic

A. ___ im Anschluss an den Unfall – keine stationäre Therapie statt (vgl. auch Urk. 10/222/18). Praxisgemäss werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2009 vom 13. Januar 2010 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3.4

Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.4). Die Beschwerdeführerin klagt seit dem Unfall ununterbrochen über Beschwerden (Knie, Arm, Schulter, Nacken, Hals; Urk. 10/222/12) bei im Vordergrund stehendem Kopfweh. Sie kann ihren Lebensalltag selber bestreiten, gibt einige Stunden Unterricht und erfüllt Bera tungsmandate für verschiedene Firmen

(Urk. 10/94/16-17). Angesichts der jah relangen Beschwerden, welche therapeutisch angegangen wurden, ist das Krite rium erfüllt. Die Beschwerden übersteigen das bei HWS-Distorsionen übliche Mass indes jedenfalls nicht derart, dass das Kriterium in besonders ausgeprägter Weise bejaht werden könnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_580/2010 vom

30. August 2010 E. 5.3.2).

E. 5.3.5

Mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten kann nicht von einer ärztli chen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gesprochen werden.

E. 5.3.6

Ohne weiteres zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungs verlaufs und der erheblichen Komplikationen. Hierfür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Dass Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistieren, genügt ebenso wenig (Urteil des Bundesgerichts 8C_1015/2008 vom 6. April 2009 E. 5.4.3) wie der Umstand, dass die versicherte Person unter verschiedenartigen Symptomen leidet, die sich im Rahmen umfassender medizinischer Untersuchungen keinem organisch nachweisbaren Substrat zuordnen lassen, handelt es sich dabei doch gerade um ein für eine Schleudertrauma-Verletzung charakteristisches Phänomen (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 5.3.7

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewie sener Anstrengungen anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Stand punkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähig keit ist daher massgebend , sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als sol che, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unter nimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung schnellst möglich wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstren gungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Ar beitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Thera piemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alterna tive, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in

erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin arbeitet seit dem Unfall nur noch reduziert. Sie gibt an drei Stunden pro Monat Unterricht im Fach Marketing an einer Privatschule und bearbeitet Beratungsmandate für verschiedene Firmen im Umfang von 25 % (Urk. 10/94/16). Ihre diesbezüglichen Anstrengungen beziehen sich hauptsächlich auf ihre selbständige Erwerbstätigkeit. Ein ernsthafter Versuch, das Pensum zu steigern oder sich um eine unselbständige Tätigkeit zu bemühen, fand – soweit ersichtlich – nicht statt. Damit ist fraglich, ob das Kriterium als erfüllt gewertet werden kann, obschon durchweg eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und sie mit dem Restpensum von 25 % ordentlich zu recht kommt (Urk. 10/222/13 und Urk. 10/95/4). Das Kriterium ist jedenfalls nicht in ausgeprägter Form erfüllt.

E. 5.3.8

Von den sieben relevanten Kriterien sind demnach höchstens zwei in nicht besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Das genügt beim gegebenen Schweregrad des Unfalls nicht für die Bejahung der Adäquanz.

Weitere Abklärungen in Form einer Begutachtung sind nicht erforderlich, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157)

E. 1d). Die objektivierbaren Befunde stehen fest und sind unbestritten. Die vorliegende entscheidende unfallversicherungsrechtliche Relevanz der Beschwerden

beschließt eine Rechtsfrage, welche nicht mittels medizinischer Einschätzung zu klären ist.
6. 6.1

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich an sich die von den Parteien schwergewichtig thematisierte Frage der „Überwindbarkeit“, diese soll aber gleichwohl kurz beleuchtet werden.

Rechtsprechungsgemäss beurteilt sich nach der entsprechenden Praxis, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt (BGE 136 V 279). Die im Bereich der Invalidenversicherung ergangene Rechtsprechungsänderung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 gilt sinngemäss auch, wenn bei natürlich und adäquat unfallkausalen pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage der Anspruch auf eine Rente der obligatorischen Unfallversicherung zu beurteilen ist (BGE 141 V 574).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschließende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig ist, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 6.2

Vorliegend erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde als nicht erheblich ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin hat wohl ein HWS-Distorsionstrauma erlitten, organisch sind aber keine Pathologien nachweisbar. Die Beschwerden reduzieren sich auf die subjektiv geklagten (Kopf-)Schmerzen. Die Behandlungsbestrebungen zeitigten keinen durchschlagenden Erfolg, die Beschwerdeführerin klagt weiterhin über praktisch unveränderte Schmerzen. Die berufliche Eingliederung nahm die Beschwerdeführerin selbständig (hauptsächlich) im Rahmen der Tätigkeit in ihrer Firma vor, wobei eine Steigerung über ein Pensum von 25 % nicht erfolgte. Komorbiditäten sind keine ersichtlich, namentlich genügt die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht zur Erfüllung dieses Kriteriums, fällt doch diese vielmehr selber unter den Prüfungsraster. Die Beschwerdeführerin verfügt über erhebliche Ressourcen (Bereitschaft zur Therapie, Strategien, Wille, Ausgleich finden, kein Schonverhalten) und ein stabiles soziales Umfeld (Urk. 10/317/2). Zur gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in den verschiedenen Lebensbereichen ist namentlich der Tagesablauf von Bedeutung. Hier zeigen sich weitgehend unauffällige Verhältnisse: mit Hund spazieren gehen, zwei Stunden Arbeit am häuslichen Schreibtisch, Hausarbeiten, Einkäufe, Hund betreuen, kochen. Statt Skulpturen aus Tonformen betreibt sie Nordic-Walking (Urk. 10/94/16-17). Sie kann auch an geschäftlichen Anlässen teilnehmen, die Tage verlaufen aber nicht immer konstant. Das Leben mit dem Partner bezeichnet sie als beschaulich, welches jenem zweier Rentner gleiche (Urk. 10/95/4). Das Aktivitätenniveau ist bei den geschilderten Tätigkeiten nicht besonders auffällig, erkennbar ist ein tieferer Rhythmus und längerer Zeitbedarf zur Erholung, indes war das bisherige Leistungsniveau mit 60 Wochenarbeitsstunden (Urk. 10/94/16) auch überdurchschnittlich hoch. Erkennbar ist ein behandlungs- und (teilweise ein) eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Die Beschwerdeführerin bemühte sich während Jahren um verschiedene Behandlungen, wobei indes eine längerdauernde stationäre Hospitalisation mit schmerztherapeutischem Ansatz nicht aktenkundig ist (hingegen eine ambulante Kopfwelthherapie im Universitätsspital Zürich, Urk. 10/287). 6.3

Nach dem Gesagten sind einige Kriterien (knapp) gegeben, andere dagegen dokumentieren eine durchaus vorhandene Leistungsfähigkeit und entsprechende Ressourcen. Bei diesem Ergebnis kann nicht geschlossen werden, dass eine nicht angehbare Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Unfallversicherungsrechtlich sind allfällige verbleibende Beschwerden

demgemäss nicht relevant. 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die über den 31. Dezember 2013 hinaus bestehenden Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall vom 5. Februar 2005 stehen und allfällige Beschwerden un fallversicherungsrechtlich nicht von Bedeutung sind. Damit erweist sich die (folgenlose) Leistungseinstellung per 31. Dezember 2013 als rechters, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Zutreffend ist, dass das Tragen der Unfallrestfolgen durch die Beschwerdeführerin als Opfer eines Raserunfalls einen schalen Beigeschmack hat (vgl. das entsprechende Vorbringen, Urk. 1 S. 21 Ziff. 17.3). Die Gesetzgebung (und Rechtsprechung) zur Unfallversicherung hat indes eine leicht abweichende Optik und reduziert die Haftung der (obligatorischen) Unfallversicherung entsprechend dem oben Dargelegten. Andere Fragen können im vorliegenden Prozess nicht erörtert werden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Markus Schmid - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

E. 9

S. 4 Ziff. 5.6). Die Beschwerdeführerin ging dagegen von einem schweren Unfall aus (Urk. 15 S. 5).

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