

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00080**

## **vom 30. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00080](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00080)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00080 du 30 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00080 del 30 settembre 2016

### **Erwägungen**

#### **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.

#### **E. 1.2**

Im Jahr 2009 machte die Versicherte gegenüber den Basler Versicherungen unter Hinweis auf diverse Beschwerden wie K opfschmerzen , Schwindel, schnelle Erschöpf barkeit , Vergesslichkeit, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen

erneut Leistungsansprüche geltend (Urk. 10/3/17) . Mit Verfügung vom 30. November 2009 (Urk. 10/3/10 f. ) verneinte n die Basler Versicherungen mangels natürlichem Kausalzusammenhang s zwischen den aktuell beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis im Jahr 1998 eine erneute Leistungspflicht unter Hinweis darauf, dass keine Brückensymptome vorliegen würden.

#### **E. 1.2.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Inva lidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhan densein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der glei chen 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 schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 bloss e 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. 1.2.2**

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 blossе 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.

### **E. 1.2.3**

Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. 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 Begriffsumschreibung 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. 1.3**

.3

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 Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a).

### **E. 1.3.1**

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. 1.4**

.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung auf die Beurteilungen der Dr. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ und hielt dafür, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis mehr bestehe. Im angefochtenen Entscheid wurde sodann erwogen, selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang bejaht würde, wäre die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt, da auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden und dem Unfall vom 26. März 2013 in Anwendung der sogenannten Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen wäre

(Urk. 2). 2.2

Beschwerdeweise wurde demgegenüber im Wesentlichen vorgebracht, auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, welche befangen seien, könne nicht abgestellt werden.

Die Beschwerdegegnerin habe ihre Untersuchungspflicht verletzt, da sie kein polydisziplinäres/interdisziplinäres Gutachten eingeholt habe. Gestützt auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte sei nicht rechtsgenügend erstellt, dass seit dem 15. Februar 2014 keine unfallbedingten Beschwerden mehr vorliegen würden.

Seit dem Unfall vom 26. März 2013 sei die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage gewesen, eine Arbeitsleistung von mehr als 30 % zu erbringen. Sie stehe weiterhin in ärztlicher Behandlung. Es bestehe somit auch über den 15. Februar 2014 hinaus ein Anspruch auf Taggelder (Urk. 1, Urk. 19). 3.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 11. Mai 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, die Taggelder seien über den 15. Februar 2014 hinaus weiter hin auszurichten und es seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen. Insbesondere sei abzuklären, ob und in welchem Zeitpunkt ein nicht weiter verbesserbarer Zustand erreicht worden sei und gegebenenfalls sei von diesem Zeitpunkt an eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2015 (Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Januar 2016 (Urk. 19) und Duplik vom 11. April 2016 (Urk. 25) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit Verfügung vom 4. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführerin

die Duplik zur Kenntnis gebracht (Urk. 26).

### **E. 3**

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 22. Oktober 2014 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Die von der Versicherten dagegen am 18. November 2014 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2014.01219).

#### **E. 3.1**

.1

Med. pract. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin Chirurgie am Spital C.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 26. März 2013 behandelte, hielt im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 26. März 2013 fest, die Befragung zum Unfallablauf habe keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit, eine Gedächtnislücke oder eine Angst- oder Schreckreaktion ergeben. Nach dem Unfall seien Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, jedoch ohne Erbrechen, sowie Müdigkeit aufgetreten. Die Patientin habe angegeben, bereits vor dem Unfall unter behandlungsbedürftigen Beschwerden im Bereich des Kopfes und des Nackens gelitten zu haben. Bei der Untersuchung der Halswirbelsäule seien bei der Flexion, Extension sowie der Rechts- und Linksdrehung Schmerzen beklagt worden. Ausserdem sei es zu Druckschmerzen im Bereich des Kopfes/Nackens sowie zu Ruheschmerzen gekommen. Die Kopfdrehung sei mit 45 Grad beidseits eingeschränkt gewesen. Der Kinn-Sternum-Abstand habe bei Flexion 10 cm, bei Extension 15 cm betragen. Die neurologische Untersuchung habe keine pathologischen Befunde gezeigt und die Röntgenuntersuchungen der Halswirbelsäule und die Densaufnahme transbuccal

hätten unauffällige Verhältnisse zur Darstellung gebracht. Med. pract. G.\_\_\_\_

diagnostizierte ein HWS-Distorsionstrauma Grad II (gemäss QTF-Klassifikation) und hielt dafür, die zumutbare Arbeitsintensität betrage 100 % (Urk. 10/M21.1).

Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 31. März 2013 wurde sodann festgehalten, der Patientin sei eine stationäre Aufnahme zur Analgesie empfohlen worden, was diese jedoch – sowie jegliche Medikation – abgelehnt habe. Die Patientin habe mitgeteilt, sich weiterhin von ihrem Chiropraktiker behandeln zu lassen (Urk. 10/M2). 3. 1. 2

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. H.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, teilte mit Bericht vom 29. April 2013 (Urk. 10/M1) mit, die Beschwerdeführerin leide unter Nackenschmerzen, Schwindel sowie einer eingeschränkten Konzentration. Seit dem 26. März 2013 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei der Frage nach der gegenwärtigen Behandlung notierte Dr. H.\_\_\_\_ „Schonung“ und empfahl die Durchführung eines neurologischen Konsils.

### **E. 3.1.3**

Der behandelnde Chiropraktiker, Dr. I.\_\_\_\_, berichtete am 3. Mai 2013 (Urk. 10/M3), dass es zwischen dem 27. März und dem 26. April 2013 unter chiropraktischer und osteopathischer Behandlung zu keiner Verbesserung gekommen sei. Seit dem 26. April 2013 sei die Behandlung bei ihm abgeschlossen, da keine funktionellen Blockierungen mehr vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit zu 50 % arbeitsunfähig. 3. 1. 4

Am 3. und 18. Juni 2013 fand

eine neurologische sowie eine neuropsychologische Abklärung im J.\_\_\_\_, K.\_\_\_\_, statt ( Bericht von lic. phil

L.\_\_\_\_, Neuropsychologin, vom 10. Juni 2013 [ Urk. 10/M6 ], Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 6. August 2013 [Urk. 10/M7 ] ). Im Rahmen der

neuropsychologischen Untersuchungen

fand sich testpsychologisch eine leichte bis mittelstarke Minderleistung in der semantischen Wortflüssigkeit. Die restlichen erhobenen kognitiven Funktionen befanden sich alle im unteren bis oberen Durchschnittsbereich. Die Neuropsychologin hielt fest, die neuropsychologischen Befunde, bestehend aus psychometrischen Befunden und klinischer Beobachtung, würden einem kognitiven Normalbefund entsprechen. Anzumerken sei jedoch, dass die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin deutlich reduziert gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe die Aufgaben zwar normgerecht lösen können, jedoch während der Untersuchung immer wieder kleine Pausen benötigt. Die Beschwerdeführerin habe dabei über Übelkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Aussetzer

geklagt. Das Lösen der Aufgaben am Tisch sowie das Bearbeiten von computergestützten Aufgaben seien für sie schlecht möglich gewesen. Die reduzierte Belastbarkeit könne einen negativen Einfluss auf die Gesamtleistungsfähigkeit haben. Für den Wiedereinstieg in die Arbeit sei ein therapeutischer Arbeitsversuch empfehlenswert ( Urk. 10/M6 S. 4).

Dr. M.\_\_\_\_

hielt

mit Bericht vom 6. August 2013 fest, die klinischen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungsbefunde seien normal gewesen. Die während der neuropsychologischen Untersuchung beobachtete verminderte Belastbarkeit illustrierte die von der Beschwerdeführerin angegebene rasche Ermüdbarkeit und sei zusammen mit dem erhöhten Schlafbedürfnis, den intermittierenden Blackouts und Zitteranfällen, sowie einem bewussten Meiden alltäglicher Umweltreize, suggestiv für eine komplexe Verarbeitung des Unfallgeschehens. Dr. M.\_\_\_\_ empfahl eine psychiatrische Mitbeurteilung der Frage nach einer

posttraumatischen Belastungsstörung und hielt dafür,

in Zusammenarbeit mit dem beurteilenden Psychiater könnte die Beschwerdeführerin von einer Psychotherapie, gegebenenfalls auch vom Einsatz eines Antidepressivums, profitieren. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei ein Wiedereinstieg in die Arbeit, zunächst mit einem Pensum von 30 % realistisch, wobei das Pensum nach Massgabe des Verlaufs schrittweise angepasst werden könne (Urk. 10/M7 S. 2) . 3. 1. 5

Gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin der Beschwerdegegnerin klagte die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2013 über Kopfweh, Übelkeit, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, Lichtempfindlichkeit, ausgeprägte Müdigkeit, Aussetzer und Zittern. Auf die Frage nach aktuell durchgeführten Behandlungen teilte die Beschwerdeführerin mit, es fänden keine Therapien statt. Sie nehme stattdessen Vitamine ein, welche sie von Dr. H.\_\_\_\_ erhalte. Vitamin D erhalte sie, damit keine psychischen Beschwerden entstünden. Medikamente nehme sie keine ein. Sie habe ausserdem in der Apotheke Spagyrik sowie Magnesium und Calcium geholt (Urk. 10/A14 S. 2 f.). 3. 1. 6

Dr. H.\_\_\_\_

berichtete am 5. September 2013, die Beschwerdeführerin klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Brechreiz, ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis, eine andauernde Müdigkeit und Erschöpfung, Konzentrationsmangel, einen wirren Kopf, Sehprobleme, ein verlangsamtes Denken und Handeln sowie über Gleichgewichtsstörungen. Sie vertrage keinen Stress und nicht viele Leute und könne weder während langer Zeit einem Gespräch folgen noch selber sprechen. Als Diagnosen nannte er eine segmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule in mehreren Etagen mit Einbezug der Kopfgelenke mit gestörter Beweglichkeit im Segment und Segment Schmerz, einen Schwindel, ein myofasziales

Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule und der mittleren Brustwirbelsäule, einen Zustand nach traumatischer Diskushernie bei C5/6 und einen Zustand nach Diskektomie und Spondylodese bei C5/6 (Urk. 10/M9.1 S. 1). Auf die Frage hin, welche Therapien seit dem Unfall vom 26. März 2013 durchgeführt worden seien, berichtete Dr. H.\_\_\_\_ über Chiropraktik, Akupunktur, eine psychosomatische Energetik zur Stabilisierung der psychischen Situation sowie orthomolekulare Medizin zur Stabilisierung der körperlichen Situation. Er habe die Beschwerdeführerin vor einer Woche mit einem Akustikpointer behandelt, wobei er eine völlige Auflösung sämtlicher segmentaler Dysfunktionen habe erreichen können. Eine medikamentöse antidepressive Therapie lehne die Beschwerdeführerin aktuell ab (Urk. 10/M9.1 S. 3) . 3. 1. 7

Dr. D.\_\_\_\_, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin,

nahm am 25. September 2013 zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 10/M10). In seiner Stellungnahme führte er aus, die geklagten Beschwerden seien vollkommen unspezifisch. Spannungstypkopfschmerzen seien vom Neurologen Dr. N.\_\_\_\_

bereits im März 2009 diagnostiziert worden. Dass zwischen diesen und dem ersten Unfall ein Kausalzusammenhang bestehe, sei höchstens möglich, nicht jedoch überwiegend wahrscheinlich. Eine Unfallkausalität zum zweiten Unfall sei nicht gegeben. Die Schwindelbeschwerden seien sehr unscharf umschrieben und würden auch sehr inkonstant auftreten. Diese Beschwerden dürften einem phobischem Schwankschwindel entsprechen und seien ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfalles vom 26. März 2013. Gemäss Literatur (Croft et al) sei bei einem HWS-Distorsionstrauma mit einem Kraftgrad Quebec Task-Force II - wie hier vorliegend - eine vollständige

Abheilung innert 26 Wochen zu erwarten , mithin per 25. September 2013. Aus neurologischer Sicht würden keine abklärungsbedürftigen Beschwerden bestehen, welche zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 26. März 2013 zurückzuführen seien . Der Vorzustand sei

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per 25. September 2013 erreicht. 3. 1. 8

Mit Bericht vom 19. November 2013 (Urk. 10/M13) teilte Chiropraktiker Dr. I.\_\_\_\_ mit , die Beschwerdeführerin sei vom 5. Juli 2012 bis am 25. März 2013 wegen Kreuzschmerzen bei ihm in Behandlung gewesen . Die Beschwerdeführerin habe sehr gut auf die Behandlungen reagiert und sei im März 2013 weitgehend beschwerdefrei gewesen . Die nach dem zweiten Unfall aufgetretenen Beschwerden hätten sich durch seine Behandlungen überhaupt nicht verbessert, weshalb er die Behandlung am 26. April 2013 sistiert habe. Nach weiteren Therapien beim Hausarzt habe ihn die Beschwerdeführerin am 9. September 2013 erneut konsultiert . Auch dieses Mal sei die Therapie jedoch insgesamt erfolglos geblieben. Aktuell versuche er, die Wirbelsäule im Segment C2/3 zu behandeln. 3. 1. 9

Eine in der Klinik O.\_\_\_\_ durchgeführte MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 19. Dezember 2013 zeigte - abgesehen vom Status nach intercorporeller Fusion bei C5/C6 mit vollständigem Durchbau sowie einer subfusionellen Degeneration der Bandscheibe mit mediolinkslateraler Diskushernie C6/7 und Verlagerung der Wurzel C7 - normale Befunde. Das dargestellte Myelon war im gesamten Verlauf unauffällig (Urk. 10/M15). 3. 1. 10

Die behandelnden Fachpersonen des P.\_\_\_\_ , Psychotherapeutisches Ambulatorium, wo die Beschwerdeführerin ab dem 22. Oktober 2013 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gestanden hatte , berichteten

am 3. Februar 2014 (Urk. 10/M18) , die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und in allen vier Qualitäten orientiert , die Auffassung sei normal und die mnestischen Funktionen unauffällig bis auf gewisse Jahreszahlen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Biographie nicht abrufen könne oder wolle. Über Konzentrationsstörungen sei subjektiv berichtet worden. Insgesamt sei der formale Gedankengang kohärent, jedoch eingengt auf die Symptome und Folgen des Unfalls vom 26. März 2013. Sie diagnostizierten eine Anpassungsstörung auf das Unfallereignis vom 26. März 2013 (ICD-10 F43.2), DD eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), sowie einen Verdacht auf eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit Tendenz zu emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) und teilten mit, die Therapie sei im gegenseitigen Einverständnis beendet worden, da kein therapeutisches Bündnis habe installiert werden können . 3. 1. 11

Im Bericht der

Klinik Q.\_\_\_\_ vom 21. März 2014 (Urk. 10/M22) , wo die Beschwerdeführerin ab dem 17. Februar 2014 in psychotherapeutischer Behandlung stand, wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestünden keine Hinweise auf Störungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Das Denken sei eingengt auf die gesundheitlichen Probleme. Es bestünden Hinweise auf eine depressive Symptomatik (Energieverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Gefühle von Schuld und Scham, vegetative Symptomatik). Die behandelnden Fachpersonen diagnostizierten einen Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10 F48.0), akzentuiert durch die zweimalige Whiplashverletzung . Auf die Frage hin, was für eine Therapie aktuell durchgeführt werde , hielten sie fest, es fänden

psych o therape utische Gespräche statt (vgl. Urk. 10/A62 und Urk. 10/M22 S. 3). 3. 1. 12  
Nachdem Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie, Klinik Q.\_\_\_\_, bei Verdacht auf  
spondylogene und radikuläre Schmerzen im Februar 2014 testweise Infiltrationen im  
Bereich der Wirbelsäule vorgenommen hatte (Urk. 10/M19, 10/M20, 10/M21), teilte er mit  
Bericht vom 15. Mai 2014 (Urk. 10/M24) mit, es bestehe ein unverändertes  
Beschwerdebild seit Beginn der Behandlung in der Klinik Q.\_\_\_\_. Ein  
zervikospondylogener Schmerz sowie ein spondylogener Kop fschmerz seien  
auszuschliessen. 3. 1.

### **E. 3.2.1**

Soweit mit der Beschwerde Taggeldleistungen über den 15. Februar 2014 hinaus verlangt  
werden, wirft dies die Frage auf, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht auf diesen  
Zeitpunkt hin abgeschlossen hat (E. 1.1).

### **E. 3.2.2**

Nach Art. 19 Abs. 1 UVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung hat der  
Unfallversicherer den Fall – unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie  
Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsent schä digung –  
abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte  
Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige  
Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversiche rung abgeschlossen sind (BGE 134 V  
109 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes in diesem  
Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich nament lich nach Massgabe der zu erwartenden  
Steigerung oder Wieder herstellung der Arbeitsfähigkeit, wobei die durch weitere  
Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende  
Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3).

### **E. 3.2.3**

Die Beschwerdeführerin stand infolge des Unfalles hauptsächlich bei ihrem Hausarzt Dr.  
H.\_\_\_\_ sowie beim Chiropraktiker Dr. I.\_\_\_\_ in Behandlung (vgl. E. 3. 1. 2, 3. 1. 6, 3. 1. 8) .  
Ab Oktober 2013 fanden ausserdem psychotherapeutische Gespräche statt (vgl.  
E. 3.1.10 f.). M edikamentöse Behandlungen, insbesondere eine medikamentöse  
antidepressive Therapie, lehnte die Beschwerdeführerin wiederholt ab (vgl. E. 3.1.1, 3.1.5,  
3.1.6) . Die durchgeführten

Behandlungen blieben ohne wesentlichen Einfluss auf das geklagte Beschwerdebild. So  
berichtete Chiropraktiker Dr. I.\_\_\_\_

am 3. Mai 2013 und erneut am 19. November 2013, die Behandlungen hätten zu keiner  
Verbesserung des Beschwerdebildes geführt (vgl. E. 3. 1. 2, 3. 1. 8) , die behandelnden  
Fachpersonen des Psychiatrischen Ambulatoriums teilten am 3. Februar 2014 mit, es sei  
insgesamt kaum zu Veränderungen der Beschwerden gekommen (Urk. 10/M18 S. 1) und  
auch Dr. R.\_\_\_\_

berichtete am 15. Mai 2014, es bestehe seit Beginn der Behandlung in der Klinik Q.\_\_\_\_  
ein unverändertes Beschwerdebild (E. 3.1.12) .

Entsprechend ist nicht ersichtlich, inwiefern von weiteren Behandlungen noch eine  
namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können. Da die  
Invalidenversicherung keine Eingliederungsmassnahmen durchführte (vgl. Sachverhalt E. 3

), stand einem Fallabschluss auf den 15.

Februar 2014 daher nichts im Wege. Weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen waren somit nicht geschuldet.

### **E. 3.3.1**

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Rente. Aus den vorstehend zitierten medizinischen Unterlagen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des versicherten Unfallereignisses vom 26. März 2013 keine objektivierbaren strukturellen Verletzungen erlitten hatte. Etwas anderes geht auch nicht aus den im Beschwerdeverfahren aufgelegten Berichten des Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 12. August 2015 (Urk. 20/1) sowie des T.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2015 (Urk. 20/2) hervor, zumal ersterer sich für seine Beurteilung wesentlich auf Untersuchungsmethoden stützte, deren Beweiskraft nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft von der Rechtsprechung nicht anerkannt sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.2-5.5, Urteile des Bundesgerichts 8C\_409/2009 vom 29. Januar 2010 E. 3.4.2 und 8C\_16/2014 vom 3. November 2014 E. 4.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenzen und klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen - wie sie von den behandelnden Ärzten beschrieben worden sind - für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 9/05 vom 3. August 2005, E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007, E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007, E. 5.2 sowie 8C\_369/2007 vom 6. Mai 2008, E. 3).

### **E. 3.3.2**

Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen kein unfallbedingtes organisches Korrelat zugrundeliegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen (was mit Blick auf die Ergebnisse des unfallanalytischen Gutachten vom 3. Juli 2013 [Urk. 10/A15/1] eher zu verneinen wäre), kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Für weitere medizinische Abklärungen, um die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zu klären, besteht demnach entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin kein Bedarf. Ob die Prüfung nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis - wie im Folgenden zu zeigen ist - zur Verneinung der Adäquanz führt.

### **E. 3.3.3**

Die Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses erfolgt aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei eine objektivierte Betrachtungsweise anzuwenden ist. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfall geschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht,

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 zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 [U 2/07] E . 5.3.1).

Beim zu beurteilenden Unfallereignis geht es um eine Heckauffahrkollision mit lediglich geringen Sachschäden an den beteiligten Fahrzeugen (vgl. Urk. 10/A4, vgl. auch Urk. 10/A15/1 S. 2 ff.). Daraus ist zu schliessen, dass nur geringfügige Kräfte gewirkt haben. Im unfallanalytischen Gutachten vom 3. Juli 2013 schloss der Gutachter auf eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des Personenwagens, in welchem sich die Beschwerdeführerin als Beifahrerin befand, von 3,3 bis 7,6 km/h (Urk. 10/A15/1 S. 9). Es handelt sich somit um einen leichten Unfall (vgl. dazu Urteil des damaligen EVG U 174/03 vom 10. November 2004 E . 5). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallgeschehen ist daher ohne weiteres zu verneinen.

Selbst wenn das versicherte Unfallereignis vom 26. März 2013 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten qualifiziert würde, wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen, da weder mindestens vier der massgebenden Kriterien noch eines in ausgeprägter Weise gegeben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E . 4.5, 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E . 5 und 8C\_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E . 5.8 mit Hinweisen):

Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Bedeutsam können auch erhebliche Verletzungen sein, welche sich die versicherte Person beim Unfall neben dem Schleudertrauma zugezogen hat. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung betrifft in erster Linie aber die erfahrungsgemässe Eignung, eine intensive, dem typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata entsprechende Symptomatik zu bewirken. Allgemeiner Erfahrung entspricht, dass pathologische Zustände nach Verletzungen der Halswirbelsäule bei erneuter Traumatisierung stark exazerbieren können. Eine Distorsion einer bereits durch einen früheren Unfall vorgeschädigten Halswirbelsäule ist daher speziell geeignet, die "typischen Symptome" hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_327/2008 vom 16. Februar 2009 E . 4.4). Eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzungen rechtfertigt sich indes nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E . 4.3.2 ,

8C\_226/2009 vom 6. November 2009 E . 5.3.2, 8C\_759/2007 vom 14. August 2008 E . 5.3, und 8C\_61/2008 vom 10. Juli 2008 E . 7.3.2). Vorausgesetzt wird in der Regel, dass die versicherte Person aufgrund der Vorschädigung unmittelbar vor dem Unfall zumindest teilweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_783/2015 vom 22. Februar

2016 E. 4.4 mit Hinweisen). Gemäss Chiropraktiker Dr. I.\_\_\_\_ - bei welchem die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 26. März 2013 in Behandlung gestanden hatte – war die Beschwerdeführerin vor dem erneuten Unfall weitgehend beschwerdefrei ( vgl. E. 3.1.8) . Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war keine mehr attestiert

worden (vgl. auch Urk. 19 S. 11). Es ist daher nicht davon auszugehen , dass die Wirbelsäule dermassen erheblich vorgeschädigt war, dass die am 26 . März 2013 erlittene HWS-Distorsion als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden könnte . Hinweise darauf, dass die nach links abgewandte Kopfstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10/A14 S. 1) zu einer besonderen Schwere der Verletzung geführt hätte, ergeben sich sodann ebenfalls keine. Damit ist das Kriterium der Schwere und besonderen Art der Verletzung zu verneinen.

Ebensowenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor; adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Da die Beschwerdeführerin sowohl im Rahmen der Erstkonsultation im Spital C.\_\_\_\_ als auch im weiteren Verlauf keine relevanten Schmerzmedikamente einnahm (vgl. E. 3.1 .1, 3.1.5 ; Urk. 10/A33 ), sind die vorliegend beklagten Beschwerden nicht als erheblich im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren.

Die Beschwerdeführerin war

infolge des Unfalles bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses in ambulanten Therapien wie Chiropraktik, Akupunktur, Osteopathie, orthomolekulare und myofasziale Therapie , wobei jedoch wiederholt überhaupt keine Therapien durchgeführt wurden (vgl. E. 3.1 .3, 3.1.5, Urk. 10/A17). Ab Oktober 2013 fanden ausserdem psychotherapeutische Gespräche statt (vgl. E. 3.1.10 f.) . Daneben wurden einzig noch im Februar 2014 diagnostische

Infiltrationen im Bereich der Wirbelsäule durchgeführt (E. 3. 1. 12). Bei dieser Sachlage kann nicht von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Entsprechend sind die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs sowie der erheblichen Komplikationen nicht erfüllt.

Schliesslich ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgiebiger Anstrengungen nicht gegeben . So sind keine Anstrengungen der Beschwerdeführerin ersichtlich , nach der erfolgten Kündigung im Juni 2013 (Urk. 10/A13/1) wieder eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen

(vgl. Urk. 10/A24, 10/A28, 10/A30). Dies, obwohl der behandelnde Chiropraktiker bereits im Mai 2013 eine 50%ige Arbeitstätigkeit für möglich erachtet und auch die Neurologin Dr. M.\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung im Juni 2013 die Arbeitsaufnahme empfohlen hatte ( vgl. E. 3. 1.2, 3.1.4 ).

Da keines der relevanten Kriterien erfüllt ist, wäre der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch beklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis auch dann zu verneinen, wenn der Unfall nicht als leicht zu qualifizieren wäre.

#### **E. 3.4**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die noch geklagten Beeinträchtigungen mangels adäquatem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis nicht über den 15. Februar 2014 hinaus leistungspflichtig, wes halb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt George Hunziker - lic . iur . Y.\_\_\_\_ - 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 Hurst F. Brühwiler

#### **E. 4**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente ( Art. 18 Abs. 1 UVG ). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin ( Art. 19 Abs. 1 UVG).

#### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

#### **E. 13**

Am 3. Juni 2014 nahm Dr. E.\_\_\_\_, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 10/M25). Er führte aus, die in den Röntgenbildern des Spitals C.\_\_\_\_

vom 26. März 2013 zeigte degenerativ veränderte Etage bei C6/7 sei Folge der Spondylodese bei C5/6. Die an eine Spondylodese anschliessende Etage zeige häufig vermehrte degenerative Veränderungen. Dabei handle sich um eine n sogenannten „adjacent

level

di sease“, welcher sich in den 15 Jahren seit der Spondylodese C5/6 ausgebildet habe. Dies sei in erster Linie ein radiologischer Befund, welcher nicht zwingend Beschwerden verursache. Bei der Erstuntersuchung im Spital C.\_\_\_\_ hätten muskuläre Verspannungen bestanden, jedoch weder

neurologische Ausfälle noch

osäre Läsionen festgestellt werden können. Auch Dr. M.\_\_\_\_ habe im August 2013 normale neurologische Befunde erhoben. Am 4. September 2013 sei bei der Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (Anmerkung: vgl. Befunde des Hausarztes Dr. H.\_\_\_\_, Urk. 10/9.2)

in der Neutralstellung eine Rotation nach beiden Seiten von je 70 Grad möglich gewesen, eine Rotation in maximaler Anteflexion und Retroflexion von je 40 Grad sowie eine Seitenneigung von je 40 Grad. Bei der Testung sei etwas Schwindel beklagt worden. Beim Messen des Kinn-Jugulum-Abstandes sei ein Vermeidungsverhalten wegen Schwindel angegeben worden. Dies kontrastiere allerdings mit den Angaben, wonach eine Rotation in maximaler Ante- und Retroflexion möglich gewesen sei und ein annähernd normaler Bewegungsausschlag erreicht worden sei. Die Versteifung eines Segments habe auf die Beweglichkeit der Halswirbelsäule nur einen geringen Einfluss. Anfangs September sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule frei gewesen. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden würden sich nicht durch Befunde aus dem Fachgebiet der Orthopädie erklären lassen (Urk. 10/M25 S. 1 f.).

Die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 19. Dezember habe eine vollständig durchgebaute Spondylodese C5/6 sowie eine Degeneration der Etage C6/7 mit Diskushernie C6/7 mit Verlagerung der Wurzel C7 links gezeigt, jedoch keine Kompression, was auch den neurologischen Befunden

entspreche.

Die Befunde würden somit auf der orthopädischen Ebene keine Beschwerden zu erklären vermögen. Bei dieser Ausgangslage seien in der Klinik Q.\_\_\_\_ testweise Infiltrationen durchgeführt worden, um herauszufinden, ob die Schmerzen sich so erklären liessen. Eine Beeinflussung der Beschwerden habe sich jedoch nicht ergeben, so dass diese Nerven als Ursache der Beschwerden nicht in Frage kämen. Störungen auf mechanischer Ebene, welche die Beschwerden erklären könnten, würden somit nicht vorliegen (Urk. 10/M25 S. 2).

Dr. E.\_\_\_\_

hielt abschliessend fest, aus orthopädischer Sicht seien keine Folgen des Unfalles vom 26. März 2013 mehr vorhanden. Der Status quo sine sei per 25. September 2013 erreicht gewesen. Angesichts der geringen Energie bei der Kollision und der entsprechenden geringen Befunde verneinte Dr. E.\_\_\_\_ eine verlängerte Heilungsdauer trotz Vorzustand (Urk. 10/M25 S. 2 f.). 3. 1.

#### **E. 14**

Am 1. September 2014 nahm Dr.

F.\_\_\_\_, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, aus psychiatrischer Sicht zur Aktenlage Stellung (Urk. 10/M26). Er hielt dafür, dass eine posttraumatische Belastungsstörung bereits mangels Vorliegen eines entsprechenden Ereignisses nicht diagnostiziert werden könne. Das Vorliegen einer Anpassungsstörung sei hingegen nachvollziehbar. Diese Anpassungsstörung sei angesichts des Umstandes, dass anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung ein kognitiver Normalbefund erhoben werden können und angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin trotz einer gewissen Angst durchaus wieder selber Autofahre, als eher gering einzustufen, sodass diese Symptomatik spätestens sechs Monate nach dem Ereignis als unterhalb der Schwelle einer Störung mit Krankheitswert einzustufen sei, zumal das Unfallereignis nicht geeignet gewesen sei, um eine länger andauernde oder spezifischere psychopathologische Symptomatik zu verursachen. Da auch dem behandelnden Psychiater klar gewesen sei, dass die vorliegenden psychopathologischen Befunde nicht alleine durch das Beschwerdebild einer Anpassungsstörung erfasst werden könne, sei anlässlich der damaligen Behandlung die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung geäußert worden.

Die nun aktuell behandelnde Psychiaterin ordne die Beschwerden im Rahmen des Verdachts auf eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ein. Diese Zuordnung sei nachvollziehbar. Bei der Neurasthenie handle es sich nicht um eine spezifische psychische Reaktion, welche sich nach einem Trauma oder einem ähnlich belastenden Lebensereignis ergeben könne. Das Vorliegen eines notwendigen Auslösers sei nicht erforderlich. Die psychischen Beschwerden seien somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 26. März 2013 zurückzuführen. Die Anpassungsstörung habe spätestens sechs Monate nach der Manifestation die Schwelle einer Störung mit Krankheitswert unterschritten. Dementsprechend sei festzuhalten, dass spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis der Status quo sine bezüglich der psychischen Beschwerden im Rahmen dieser Anpassungsstörung eingetreten sei.

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