

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00194 vom 25. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00194 du 25 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00194 del 25 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1986 geborene X.____ war seit dem 2. Februar 2015 als Verkaufsanestellte bei Y.____ angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Unfallmeldung vom 8. Oktober 2015 teilte die Versicherte der AXA mit, dass sie am 6. Oktober 2015 als Lenkerin ihres Fahrzeuges zwei aufeinanderfolgende Auffahrunfälle erlitten habe (Urk. 7/A1). Nachdem sie an der Unfallstelle angegeben hatte, nicht verletzt worden zu sein (Urk. 7/P1),

begab sie sich am 7. Oktober 2015 wegen aufgetretener Kopf- und Nackenschmerzen in Behandlung ins Spital Z.____ (Urk. 7/M3). Die AXA trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/A40). Nach Abklingen der Beschwerden im Dezember 2015 und vollständiger Arbeitsfähigkeit beklagte sich die Versicherte

anfangs 2016 erneut über Beschwerden (Urk. 7/M6). Nachdem die AXA den Fall medizinisch hatte beurteilen lassen (Urk. 7/M35), stellte sie ihre Leistungen mit Verfügung vom 23. August 2016 (Urk. 7/A91) per 6. April 2016 ein. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheidung vom 23. Juni 2016 (Urk. 2 [=Urk. 7/A98]) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen Übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 6. Oktober 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

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 unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines 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

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der Infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (HWS) 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 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 heran gezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - 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 HWS und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 28. August 2017 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihr über den 6. April 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen nach UVG auszurichten. Zudem sei sie medizinisch zu begutachten. Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2017 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2017 (Urk. 8) angezeigt wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass ab dem 7. April 2016 weder ein natürlicher noch ein adäquater

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 6. Oktober 2015 und den geklagten Beschwerden bestehe. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden werde gestützt auf die medizinische Beurteilung des beratenden Arztes verneint. Die von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten Kernspintomographien vom 30. August 2016 und 31. Januar 2017 (Upright MRI bzw. positionelles MRI bzw. kinetisch positionale Kernspintomographie) seien nach wissenschaftlichen Standards nicht geeignet, eine Unfallkausalität nachzuweisen. Des Weiteren seien die Adäquanzkriterien gemäss der bundesgerichtlichen Schleudertrauma-Rechtsprechung nicht erfüllt, weshalb die Beschwerden keine adäquate Folge des Unfalles darstellten.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen (Urk. 1) geltend, es bestünden objektiv nachweisbare Verletzungen, weshalb ein natürlicher Kausalzusammenhang ausgewiesen sei. Sie habe am 23. Mai 2016 aufgrund massiver Schmerzen und einer psychischen Dekompensation notfallmässig im A. ___ hospitalisiert werden müssen. Ihre Beschwerden hätten die behandelnden Ärzte klar auf den Unfall vom Oktober 2015 zurückgeführt. Die kernspintomographischen Untersuchungen würden klar posttraumatische Verletzungen belegen. Die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin würden nicht begründen, weshalb trotz erhobener Befunde und bestätigter Unfallkausalität durch das A. ___ nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könne. Ihr Fall sei kein Regelfall, in welchem die Beschwerden nach sechs Monaten wieder abgeklungen seien, vielmehr leide sie seit bald mehr als zwei Jahren an Schmerzen. Die beratenden Ärzte würden die erhobenen Befunde lediglich anders als die behandelnden Ärzte beurteilen. Die Unfallkausalität sei mit den aufliegenden Berichten überwiegend wahrscheinlich, weshalb die Beschwerdegegnerin weiter ihre Leistungen auszurichten habe. Die medizinische Situation erweise sich vorliegend jedoch ungenügend abgeklärt, weshalb ein Gutachten einzuholen sei. Es bestehe weder ein feststehender medizinischer Sachverhalt, noch seien die Ausführungen der beratenden Ärzte nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Den im Einspracheverfahren eingelegten MRI-Berichten könne nicht jeglicher Beweiswert abgesprochen werden; gegenteils seien diese geeignet, die Beurteilung der beratenden Ärzte in Zweifel zu ziehen. Selbst wenn von keiner organisch nachweisbaren Schädigung ausgegangen würde, so seien die Adäquanzkriterien erfüllt und ein Kausalzusammenhang erstellt.

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2017 (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin zusammengefasst aus, bei den funktionellen MRI-Bildern handle es sich nicht um wissenschaftlich validierte Untersuchungsmethoden, weshalb diese gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht geeignet seien, objektivierbare Befunde nachzuweisen. Das A. ___ habe die Beschwerden sodann als zeitlich sekundär unfallbedingt beurteilt, was eine Anwendung der unzulässigen Formel «post hoc ergo propter hoc» darstelle. Abgesehen von der zeitlichen Koinzidenz lasse sich die Unfallkausalität nicht begründen. Die Frage der Unfallkausalität werde durch den beratenden Arzt schlüssig beantwortet, weshalb auf dessen Bericht abzustellen sei. Zudem seien die Adäquanzkriterien nicht erfüllt.

E. 3

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

E. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte im Spital Z.____ hielten in ihrem Austrittsbericht vom 7. Oktober 2015 (Urk. 7/M3) fest, die Beschwerdeführerin habe am Vortag (6. Oktober 2015) einen Verkehrsunfall erlitten, bei welchem ihr Fahrzeug innert weniger Sekunden zweimal von hinten angefahren worden sei. Nun berichte sie über Kopf- und Nackenschmerzen. Weder klinisch noch mittels Bildgebung war ein pathologischer Befund zu erheben. Die Ärzte verschrieben Schmerzmittel (Dafalgan, 1g) und entliessen die Beschwerdeführerin nach Hause. Dem beige leg ten HWS-Dokumentationsbogen (Urk. 7/M2) ist die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad I zu entnehmen.

E. 3.2

Am 22. Dezember 2015 (Urk. 7/M5) berichtete Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dass sich die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2015 wegen persistierender Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Kribbel parästhesien in den Armen in ihrer Praxis gemeldet habe. Im Untersuch habe sie eine massiv verspannte Nackenmuskulatur bei normaler Beweglichkeit der HWS und der Schultern und einem unauffälligen Neurostatus festgestellt und daher die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad II gestellt. Zur Behandlung habe sie Anal getika und Physiotherapie verordnet. Am 15. Oktober 2015 habe die Beschwer deführerin zusätzlich Herzrasen beklagt. In der Kontrolle vom 19. Oktober 2015 sei es der Beschwerdeführerin schon deutlich besser gegangen (Dr. B.____ attestierte ihr am 26. Oktober eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 7. bis 19. Okto ber 2015; danach wiederum eine vollständige Arbeitsfähigkeit, vgl. Urk. 7/M4) und am 3. Dezember 2015 seien die muskuloskelettalen Beschwerden vollständig regredient gewesen. Allerdings habe die Beschwerdeführerin dann über rezidivierend auftretende Flashbacks und vermehrte Panikattacken berichtet.

E. 3.3

Am 15. März 2016 (Urk. 7/M6) berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin leide seit dem Verkehrsunfall an Panikattacken, welche sich durch Kopfschmerzen, Zittern, Schweissausbrüche, Schlafstörungen und Verunsicherung zeigten. Am 6. Januar 2016 habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass die körperlichen Schmerzen verschwunden seien, Ende Januar seien diese jedoch wieder aufgetreten. Dr. C.____ diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe ihr Leben dennoch wie gewohnt weitergeführt und zu 100 % gearbeitet. Neuerdings sei das Arbeitspensum auf grund somatischer Schmerzen reduziert worden.

E. 3.4

In ihrem Bericht vom 24. März 2016 (Urk. 7/M7) führte Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 29. Januar 2016 mit erneut exacerbierenden Nackenschmerzen mit elek trisierender Ausstrahlung in die Arme und begleitet von vegetativen Begleiter scheinungen bei ihr gemeldet. Klinisch liessen sich massive myofasziale Befunde im Bereich der HWS und des Trapezius beidseits mit deutlicher Druckdolenz und eingeschränkter Beweglichkeit finden. Neurologische Ausfälle bestünden nicht. Das MRI der HWS vom 8. März 2016 zeige eine neuroforaminale

Enge C4/5 weniger C5/6 durch leichtes Bulging von Bandscheibengewebe. Zudem seien eine Steilstellung der HWS und wenig Flüssigkeit atlantodental erkennbar.

E. 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Facharzt für Rheumatologie, führte in seinem Schreiben vom 13. April 2016 (Urk. 7/ M9) aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Status nach cranio cer vikalem Beschleunigungstrauma mit therapierefraktärem Verlauf. Infolgedessen ersuchte Dr. E.____ um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation. Nach seiner Untersuchung vom 10. März 2016 hatte Dr. E.____ bei der Beschwerde führerin eine schmerzhafte Mobilisation an der HWS und deutliche Irritations zonen vor allem in der Nackenmuskulatur festgestellt. Im MRI habe er eine neu roforaminale Enge erkannt, ansonsten bestehe jedoch keine eindeutige Klinik, welche auf eine cervicoradikuläre Symptomatik hinweisen würde (Urk. 7/M11; vgl. auch Urk. 7/M16 S. 6, wonach es an einem neurologischen Substrat für die geklagten Beschwerden fehle).

E. 3.6

Am 14. Mai 2016 wurde die Beschwerdeführerin notfallmässig in der Klinik für Rheumatologie des Universitätsspitals A.____ hospitalisiert. Als Diagnosen führten die behandelnden Ärzte ein cervicocephales Beschleunigungstrauma und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom auf. Die Hospitalisierung erfolgte auf grund persistierender Schmerzen und psychosozialer Dekompensation (Urk. 7/M18) . Im Austrittsbericht vom 23. Mai 2016 (Austritt per 20. Mai 2016) ergänzten die Ärzte die Diagnoseliste um die Diagnose einer chronischen Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren. In der klinischen Untersuchung habe sich eine mässiggradige Bewegungseinschränkung der HWS in allen Richtungen mit endphasigem Schmerz und eine Druckdolenz der ge samten HWS sowie über die Schultergürtelmuskulatur gezeigt. Ein sensomo torisches Defizit oder ein Entzündungszustand bestehe nicht. Die Ätiologie könne bei vorausgehender Beschwerdefreiheit zeitlich klar sekundär unfallbedingt nach cranio-cervikalem Beschleunigungstrauma im Oktober 2015 zugeordnet werden (Urk. 7/M20). Im psychiatrischen Konsilium vom 20. Mai 2016 notierten die Ärzte, der formale Gedankengang der Beschwerdeführerin sei auf ihre Schmerzen eingengt. Sie berichte über nach dem Auffahrunfall aufgetretene Panikattacken; Flashbacks bestünden keine. Aufgrund der Schmerzen sei die Beschwerdeführerin tagsüber erschöpft. Zudem beklage sie einen verminderten Appetit und eine Gewichtsabnahme. Die Konsiliarärzte schlossen, die Beschwerdeführerin zeige aktuell Symptome einer chronischen Schmerzstörung im Sinne einer Exazer bation und Aufrechterhaltung der Schmerzen durch psychische Faktoren bei besteh endem somatischem Grundkorrelat. Diese sei im Rahmen mangelnder Coping strategien zu interpretieren. Eine psychotherapeutische Behandlung werde empfohlen (Urk. 7/M21).

E. 3.7

Im MRI der Lendenwirbelsäule, des Iliosakralgelenks und des Kreuzbeins vom 26. April 2016 (Urk. 7/M23) konnte Dr. med. F.____, Facharzt für Radio logie, auf Höhe LWK4/5 eine leichte linksbetonte Spondylarthrose, jedoch keinen Nachweis einer spinalen oder foraminalen Einengung oder einer Neurokom pression erkennen. Auch für eine Fraktur lumbal oder des Os sacrum konnte er keinen Hinweis finden.

E. 3.8

Im MRI der HWS und der oberen Brustwirbelsäule vom 3. Juni 2016 (Urk. 7/M27) erkannte Dr. med. G.____, Facharzt für Radiologie, eine Fehllhaltung der HWS mit Streckhaltung bis diskreter Kyphosierung. Er notierte, es bestünden keine eindeutigen posttraumatischen Veränderungen und keine wesentlichen degenerativen Veränderungen, ebenso gebe es keine klaren Hinweise auf neurale Irritationen.

E. 3.9

In seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2016 (Urk. 7/M28) hielt der beratende Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, fest, für ihn stehe vorliegend die Schmerzverarbeitung im Vordergrund. Es gebe keinerlei unfallkausale Läsionen, welche die erneute Schmerzexazerbation im Januar 2016 erklären würden, nach dem zuvor ein guter Verlauf mit freier Beweglichkeit der HWS und nur wenig Schmerzen zu verzeichnen gewesen seien. Ohne strukturelle Befunde lasse sich die erneute Schmerzexazerbation nicht unfallkausal erklären. Dr. H.____ hielt fest, es bestünden keine harten organischen Schädigungen, welche unfallbedingt seien. Die Beschwerden stünden nur möglicherweise in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. Oktober 2015. Der Status quo sine sei ab dem 6. April 2016 erreicht, denn gemäss den massgebenden Richtlinien sei dieser Status bei einer HWS-Distorsion Grad II nach 6 Monaten (bei einer HWS-Distorsion Grad I sogar noch früher) erreicht. Den Unterlagen seien keine Gründe zu entnehmen, diese Frist zu verlängern, da ohnehin nicht unfallkausal erklärt werden könne, weshalb die Schmerzen nach einer anfänglichen Besserung ab Januar 2016 erneut exazerbierten. Von einer weiteren Behandlung sei daher aus organischer Sicht auch keine Besserung mehr zu erwarten.

E. 3.10

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 15. August 2016 (Urk. 7/M29) aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden keine Hinweise auf eine akute reaktive psychopathologische Symptomatik als Folge des Unfallgeschehens. Im März 2016 habe man bei der Beschwerdeführerin zunächst eine PTBS diagnostiziert. Der Unfall vom 6. Oktober 2015 ohne Tote oder Schwerverletzte erreiche jedoch nicht das katastrophenartige Ausmass, welches zur Diagnose einer PTBS erforderlich sei. Auch sei bei der Beschwerdeführerin keine klare Vermeidungshaltung dokumentiert, nehme sie doch immer noch am Autoverkehr teil. Die Diagnose einer PTBS könne daher nicht gestellt werden. Die beschriebenen Beschwerden im Zusammenhang mit den Panikattacken zeigten eine unspezifische Symptomatik, welche sowohl im normalpsychologischen Erleben als auch bei unterschiedlichen psychopathologischen Erkrankungen auftreten könne. Eine eigentliche Panikattacke sei qualitativ jedoch ein anderes Geschehen.

In psychiatrischer Hinsicht habe damit allenfalls eine eher unspezifische Stressreaktion vorgelegen, welche nach ICD-10 im Rahmen von Anpassungsstörungen zu diagnostizieren sei. Dabei handle es sich um Symptome, welche nach rund einem Monat nach einem Ereignis auftreten würden und im Laufe von maximal sechs Monaten keinen Krankheitswert mehr erreichten. Da die Beschwerdeführerin schon im Dezember 2015 und Januar 2016 über eine Besserung berichtet habe, sie das Autofahren nicht wegen Angstzuständen gemieden habe und im Mai 2016 keine Panikattacken mehr dokumentiert seien, sei davon auszugehen, dass eine allfällige reaktive Angstsymptomatik die Schwelle einer Störung mit Krankheitswert spätestens im März unterschritten habe. Die Symptomatik mit erneuter Verschlechterung nach dem Ferienaufenthalt im Januar könne nicht mehr der

Anpassungsstörung zugeordnet werden, da sich diese im Verlauf kontinuierlich bessern und nicht phasenweise auftreten.

Bei der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei im psychiatrischen Konsilium allein auf mangelnde Copingstrategien und dysfunktionale Kognition hingewiesen worden. Eine eigentliche psychiatrische Komorbidität wie etwa eine manifeste Angsterkrankung oder eine Depression werde verneint. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung werde weder durch die dokumentierten Befunde klar belegt noch ausreichend begründet. Bei der beschriebenen dysfunktionalen Kognition und den mangelnden Copingstrategien handle es sich nicht um klar definierte psychiatrische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert.

Aktuell sei daher keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert zu stellen. In den Unterlagen liessen sich jedoch Hinweise finden auf eine nach dem Unfallereignis kurzfristig verlaufende unspezifische Symptomatik, welche im Rahmen einer Anpassungsstörung einzuordnen sei. Die derzeit dokumentierten Beschwerden würden möglicherweise, jedoch nicht mehr wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Oktober 2015 stehen. Für die psychische Symptomatik im Rahmen der Anpassungsstörung sei der Status quo sine spätestens nach sechs Monaten - aufgrund der dokumentierten Entwicklung mit Beschwerdebesserung im Januar 2016 sogar früher - erreicht gewesen.

E. 3.11

Am 30. August 2016 führte Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, bei der Beschwerdeführerin ein positionelles MRI des kraniozervikalen Übergangs und der HWS und Röntgen durch (Urk. 7/M31). In seiner Beurteilung hielt er fest, es gebe keinen Nachweis von Strukturveränderungen am kraniozervikalen Übergang. Die in den Akten dokumentierte vermehrte Flüssigkeit atlantodental gelte jedoch als Anzeichen einer dort stattgehabten Verletzung. Die von ihm erstellten Funktionsaufnahmen würden Zeichen einer Insuffizienz des linken Flügelbandes zeigen, ausserdem bestünden eine kyphotische Fehllage und verminderte Mobilität in den Segmenten C2 bis C5 ohne Nachweis von relevanten Strukturveränderungen.

E. 3.12

Dr. med. K.____, Facharzt für diagnostische Radiologie, erstellte am 31. Januar 2017 eine kinetisch positionale Kernspintomographie der HWS (Urk. 7/M33). Er stellte funktionsabhängig akzentuierte Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten HWK4/5, 5/6 und 6/7 ohne aber nachweisbaren zervikalen Prolaps oder Sequester fest, ausserdem eine schwere kyphotische Streckfehllage der HWS mit deutlich eingeschränkter zervikaler Beweglichkeit bei inhomogenem Bewegungsmuster als Ausdruck einer muskulären Dysfunktion. Weiter bestünden geringe Osteochondrosen, Unkovertebral- und Spondylarthrosen im mittleren Zervikalbereich sowie leichtgradige Muskelatrophiezeichen. Dr. K.____ schloss, die Befundkonstellation sei bei fehlenden wertbaren Degenerationszeichen durchaus mit einer stattgehabten posttraumatischen Verletzung im Bereich der Kopf-Hals-Region vereinbar.

E. 3.13

Am 8. Juni 2017 nahm der beratende Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Facharzt für Rheumatologie, zur auf liegenden Aktenlage

Stellung (Urk. 7/M35). Zur Kernspintomographie vom 8. März 2016 (vgl. E. 3.5) merkte er an, dass er diesbezüglich erwähnten rechtsseitig neuroforaminalen Engen nicht bestätigen könne. Es gebe kein Substrat, welches die Neuroforamina einenge und die Bandscheiben seien intakt. Das MRI vom 3. Juni 2016 (vgl. E. 3.8), welches keine zentralen oder foraminalen Stenosen, also keine neuroforaminalen Engen zeige, bestätige dies. Und auch die Kernspintomographie vom 26. April 2016 (vgl. E. 3.7) bestätige einzig degenerative jedoch keine unfallkausalen Veränderungen. In der Kernspintomographie der oberen Brustwirbelsäule vom 3. Juni 2016 (vgl. E. 3.8) würden keine traumatischen Veränderungen nachgewiesen. Die Streckhaltung der Wirbelsäule sei keine hinreichend nachweisbare organische Unfallfolge. Im positionellen Kernspintogramm vom 1. September 2016 (richtig: 30. August 2016, vgl. E. 3.11) lasse sich vermehrte Flüssigkeit atlantodental und in den Funktionsaufnahmen Zeichen einer Insuffizienz des linken Flügelbandes (Ligamentum alare) erkennen. Die zusammen mit dem Bericht eingereichte Literatur erweise sich jedoch als überholt. Der Fokus auf die Ligamenta alaria als Ursache von Beschwerden nach Distorsionsverletzungen der HWS habe sich zwischenzeitlich nicht bestätigen lassen, was das Bundesgericht im Entscheid vom 9. Februar 2015 (8C_765/2014) ebenfalls festhalte. Bei den Untersuchungen vom 31. Januar 2017 (vgl. E. 3.12) handle es sich im Prinzip um die gleiche Untersuchungstechnik wie zuvor am 1. September 2016 (richtig 30. August 2016) durchgeführt. Die beschriebene Fehlförmigkeit und die Strukturen im Umfeld der Ligamenta alaria seien deshalb auch hier nicht als unfallkausal einzustufen. Die ausserdem beschriebene Dezentrierung des dens axis bei Seitneigung sei physiologisch bedingt und entspreche keiner Unfallfolge. Dr. L.____ schloss, die Befunde liessen sich nicht als unfallkausal objektivieren.

Den Kernspintomographien vom 30. August 2016 und 31. Januar 2017 fehle der wissenschaftliche Stellenwert, weshalb sie als Beweismittel ungeeignet seien. Sie würden keine Erkenntnisse zur Unfallkausalität des vorliegenden Beschwerdebildes liefern. Im vorliegenden Fall seien alle notwendigen bildgebenden Verfahren durchgeführt worden. Dabei hätten wiederholt keine Befunde objektiviert werden können, welche überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu begründen seien. Der Endzustand der unfallbedingten Beschwerden sei überwiegend wahrscheinlich am 5. Januar 2016, mit Sicherheit jedoch spätestens am 5. April 2016 erreicht worden. Die geltend gemachten lumbalen und thorakalen Beschwerden würden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 6. Oktober 2015 stehen. Sämtliche objektiv feststellbaren Befunde seien unfallfremd. Die geltend gemachten Beschwerden seien jedoch nicht ausschliesslich auf diese Befunde zurückzuführen, es bestehe auch eine unfall- und strukturunabhängige Problematik, welche das Beschwerdebild wesentlich beeinflusse.

E. 4.1

Die Einschätzung von Dr. L.____ (vgl. E. 3.13) beruht auf fundierter Aktenkenntnis, insbesondere lag ihm die vollständige Bildgebung vor (vgl. Urk. 7/M35 S. 1 ff.). Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Die Schlussfolgerung, dass die geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 6. Oktober 2015 zurückzuführen sind, ist gut nachvollziehbar. Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Stellungnahme sprächen, bestehen keine. Insbesondere ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. L.____ eine reine Aktenbeurteilung abgab, da vorliegend lediglich der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem - entgegen der Annahme

der Beschwerdeführerin – feststehenden medizinischen Sachverhalt zu beurteilen war (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 m.H.). Die Beschwerdeführerin wurde mehrfach untersucht und die zu beurteilenden Befunde sind bekannt. Umstritten ist, ob die Befunde eine organische Schädigung ausweisen und falls ja, ob diese unfallbedingt sind. Damit besteht ein im Wesentlichen feststehender Sachverhalt, welcher einer reinen Aktenbeurteilung zugänglich ist. Die Einschätzung von Dr. L.____ erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5), weshalb darauf abzustellen ist.

Auch in psychiatrischer Hinsicht besteht ein im Wesentlichen feststehender Sachverhalt, welcher gestützt auf die Akten beurteilt werden kann. Zu prüfen ist hier, ob relevante psychische Beschwerden vorliegen, welche unfallbedingt sind. Dr. I.____ setzte sich mit den vorliegenden psychiatrischen Unterlagen auseinander. Seine Darlegung ist schlüssig und seine Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Es bestehen keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit seiner Stellungnahme sprächen. Die Einschätzung von Dr. I.____ erfüllt daher ebenfalls die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5), weshalb darauf abzustellen ist.

E. 4.2

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 6. April 2016 noch organische Folgen des Unfallereignisses vom 6. Oktober 2015 ausgewiesen waren. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin handelt es sich demnach nicht um die Beurteilung eines Rückfalles, da die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht nach dem Unfall anerkannt hatte und ihre Leistungen erst mit der angefochtenen Verfügung per 6. April 2016 eingestellt hat.

Nach dem Unfallereignis vom 6. Oktober 2015 beklagte sich die Beschwerdeführerin einen Tag später über Kopf- und Nackenschmerzen. Die ersten behandelnden Ärzte konnten jedoch weder klinisch noch bildgebend einen pathologischen Befund erheben (vgl. E. 3.1).

Dr. B.____ stellte in den Untersuchungen vom Oktober 2015 einen unauffälligen Neurostatus fest und nannte lediglich eine verspannte Nackenmuskulatur, wobei sie im Dezember 2015 die muskuloskelettalen Beschwerden als regredient bezeichnete (vgl. E. 3.2).

Dr. D.____ berichtete im März 2016 ebenfalls nur über eine Druckdolenz und eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der HWS und stellte (weiterhin) keine neurologischen Ausfälle fest. Auch Dr. E.____ konnte für eine cervikale radikuläre Symptomatik keine

eindeutige Klinik erkennen (vgl. E. 3.5). Schliesslich waren in den von Dr. F.____ und Dr. G.____

befundeten MRI vom 26. April respektive 3. Juni 2016 ebenfalls keine relevanten Befunde wie etwa posttraumatische Verletzungen zu erheben (vgl. E. 3.7 und E. 3.8). So visualisierte sich weder eine lumbale Fraktur noch eine Fraktur des Os sacrum. Die von Dr. E.____ bemerkte foraminale Enge (vgl. E.

3.5) konnte Dr. F.____ nicht mehr bestätigen, ebenso wenig eine spinale Enge oder eine Neurokompression (vgl. E. 3.7). Auch in der Hals- und Brustwirbelsäule zeigten sich mittels MRI vom 3. Juni 2016 keine posttraumatischen Veränderungen (vgl. E. 3.8). Ebenso wenig liess sich mittels Elektromyogramm ein neurologisches Substrat für die Beschwerden erheben (Urk. 7/M16 S. 6). In diesem Zusammenhang ist darauf

hinzuweisen, dass Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenz und klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3 m. H.). Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS (Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.1 m. H.). Dass das A.____ die Beschwerden wegen der vorausgehenden Beschwerdefreiheit als zeitlich klar sekundär unfallbedingt einstufte (vgl. E. 3.6), stellt eine unzulässige Anwendung der Formel *post hoc ergo propter hoc* dar. Die Argumentation nach der Formel «*post hoc ergo propter hoc*», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. L.____

erkannte, die durch geführten bildgebenden Verfahren hätten keine Befunde objektivieren können, welche unfallkausal zu begründen wären (E. 3.13). Zum selbigen Schluss kam im Übrigen auch Dr. H.____, welcher den (bis Juli 2016) aufliegenden Akten eben falls keine strukturellen Befunde oder organische Schädigungen entnehmen konnte (vgl. E. 3.9). Dabei ist den Ausführungen von Dr. L.____ beizupflichten, wonach Untersuchungen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Distorsionen darstellen (BGE 134 V 231 E. 5.4).

Dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 6. April 2016 und damit sechs Monate nach dem Unfallereignis vom 6. Oktober 2015 das Vorliegen organischer Unfallfolgen verneinte, ist damit einleuchtend und nicht zu beanstanden. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d m.H.) zu verzichten ist.

E. 4.3

Da keine organisch ausgewiesenen Unfallfolgen vorliegen, hängt eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin davon ab, ob die verbleibenden – organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden – noch in einem rechtsgründlichen Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall stehen, mithin ob die Adäquanz gegeben ist.

E. 4.3.1

Fraglich ist vorab, ob zur Beurteilung der Adäquanz der von der Beschwerdefühlerin geltend gemachten Beschwerden auf die sog. Schleudertrauma-Praxis des Bundesgerichts oder dessen Psycho-Praxis abzustellen ist. Denn die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

Zu den geltend gemachten psychischen Beschwerden führte Dr. I.____ aus (vgl. E. 3.10), die beschriebene Symptomatik im Anschluss an das Unfallereignis sei als Stressreaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung zu werten. Die Beschwerdeführerin berichtete schon im Dezember 2015 und Januar 2016 über eine Besserung ihrer Beschwerden und das Autofahren hat sie nicht nachweislich vermieden. Spätestens im Mai 2016 anlässlich der stationären Rehabilitation sind keine Panikattacken mehr dokumentiert. Dass Dr. I.____ vor diesem Hintergrund - und angesichts dessen, dass Anpassungsstörungen in der Regel innert sechs Monaten abklingen - spätestens im März 2016 eine psychische Erkrankung mit Krankheitswert ausschloss, ist nicht zu beanstanden. Ebenso wenig ist in Frage zu stellen, dass er mangels ausgewiesener Symptomatik weder eine PTBS noch eine chronische Schmerzstörung diagnostizierte. Damit liegt keine im Vordergrund stehende ausgeprägte psychische Problematik vor, weshalb eine Prüfung nach der Psycho-Praxis des Bundesgerichts ohne Weiteres entfällt. Selbst wenn ab April 2016 noch eine psychische Komponente im Sinne einer Exazerbation und Aufrechterhaltung von Schmerzen (vgl. Urk. 7/M21) bestanden haben sollte, wäre dies unter das Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS zu subsumieren. Die Beurteilung der Adäquanz hat demnach sowohl für allfällige noch bestehende psychische Beschwerden wie auch anderweitig organisch nicht nachweisbare Unfallfolgen nach der Schleudertrauma-Praxis des Bundesgerichts (vgl. E. 1.4) zu erfolgen.

E. 4.3.2

Die Adäquanzbeurteilung hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Dies war spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 6. April 2016 der Fall, zumal angesichts der unspezifischen Heilbehandlungs massnahmen mit primär physiotherapeutischen Behandlung der Beschwerden in Kombination mit der Einnahme von Analgetika und der - erst später aufgegriffenen - Behandlung mit traditioneller chinesischer Medizin (TCM) und Osteopathie sowie kurzzeitiger stationärer Rehabilitation keine bedeutende Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte.

E. 4.3.3

Für die Prüfung der Adäquanz ist zunächst die Schwere des Unfalls zu qualifizieren. Diese bestimmt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Einfache Auffahrkollisionen auf ein stehendes Fahrzeug werden in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.2 m.H.). Die Beschwerdeführerin stand mit ihrem Auto am 6. Oktober 2015 als hinterstes Fahrzeug in einer Fahrzeugkolonne, als ihr zu nächst ein Lieferwagen ins Heck fuhr und dieser sogleich nochmal in ihr Heck gedrückt wurde, als ein LKW auf diesen auffuhr. Der Airbag im Fahrzeug der Beschwerdeführerin wurde bei keinem der Aufprälle geöffnet (Urk. 7/M3) und die Beschwerdeführerin gab an der Unfallstelle an, unverletzt zu sein (Urk. 7/P1). Einen Arzt suchte sie erst am Folgetag auf (E. 3.1). Gemäss dem unfallanalytischen Gutachten vom 23. Mai 2016 (Urk. 7/A57) betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) beim ersten Aufprall rund 16-25 km/h. Der zweite Aufprall war bedeutend weniger intensiv, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) dafür liess sich jedoch nicht mehr rekonstruieren. In Anbetracht des Unfallhergangs ist der Vorfall klarerweise als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_791/2014 vom 1. April 2015 E. 4.2).

Ein adäquater Kausalzusammenhang kann somit nur bejaht werden, wenn vier der Adäquanzkriterien (BGE 134 V 109 E. 10.3) erfüllt sind oder eines der Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E.

E. 4.3.4

Der Auffahrunfall vom 6. Oktober 2015 zeichnete sich weder durch besonders dramatische Begleitumstände noch besondere Eindringlichkeit aus. Die Beschwerdeführerin erlitt auch keine nennenswerten Verletzungen besonderer Art oder Schwere, führt doch alleine die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Die medizinischen Unterlagen lassen keine strukturellen Verletzungen erkennen (vgl. E. 3.13). Die psychischen Beschwerden werden insbesondere durch krankheitsfremde Faktoren wie mangelnde Copingstrategien und dysfunktionale Kognition begründet und weisen keinen Krankheitswert auf (vgl. E. 3.10). Die ärztliche Behandlung bis zum 6. April 2016 erfolgte vorweg in Form von Physiotherapie sowie Psychotherapie (bis im März 2016 fanden insgesamt sechs Sitzungen statt). Erst im Mai 2016 erfolgte eine, lediglich sechs Tage dauernde, stationäre Rehabilitation und die Beschwerdeführerin begann eine Therapie mit TCM und Osteopathie. Vor diesem Hintergrund ist keine fortgesetzt spezifische und belastende ärztliche Behandlung ausgewiesen. Ärztliche Fehlbehandlungen sind in den aufliegenden Akten nicht dokumentiert. Da die Beschwerdeführerin bereits im Dezember 2015 wieder beinahe beschwerdefrei war, kann auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen die Rede sein. Nachdem die Beschwerdeführerin am Tag nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen berichtet hatte, waren die muskuloskelettalen Beschwerden anfangs Dezember 2015 bereits wieder regredient (vgl. E. 3.2) und die Beschwerdeführerin seit dem 20. Oktober 2015 auch wieder voll arbeitsfähig (Urk. 7/M4) und berufstätig (vgl. E. 3.3). Psychische Beschwerden mit Krankheitswert bestanden nicht mehr (vgl. E. 3.10). Vor diesem Hintergrund kann keine besondere Erheblichkeit der Beschwerden und der dadurch erfahrenen Beeinträchtigung ausgemacht werden, selbst wenn man die ab Februar 2016 exacerbierenden Nackenschmerzen (vgl. E. 3.4) berücksichtigen würde. Nachdem der Beschwerdeführerin vom 7. bis 20. Oktober eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (Urk. 7/M4), war sie hernach wieder vollständig arbeitsfähig. Ab dem 10. Februar 2016 wurde ihr erneut eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 % bis 100 % attestiert (Urk. 7/M11). Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit liegt damit jedenfalls nicht ausgeprägt vor.

Da mithin höchstens eines der massgebenden Kriterien in nicht besonders ausgeprägter Weise vorliegt, ist der adäquate Kausalzusammenhang allfälliger Restbeschwerden zum Unfallereignis vom 6. Oktober 2015 zu verneinen.

E. 5

Zusammenfassend ist festzustellen, dass keine organischen Unfallfolgen ausgewiesen sind und es für allfällige über den 6. April 2016 hinaus bestehende Beschwerden an einem adäquaten Kausalzusammenhang

zum Unfallereignis vom 6. Oktober 2015 fehlt.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Juni 2017 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zu Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Das Verfahren ist nach Massgabe von Art. 61 lit a des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMeier

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