

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00179

vom 3. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00179 du 3 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00179 del 3 luglio 2018

Erwägungen

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 30. 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

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG

werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen 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. 1.4

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 zu rückzuführen 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 Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zu nächst 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 (BGE 134 V 109 E. 10.3) : • 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 Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner 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 versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger alleine 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 versicherungsinernen 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) aus, der beratende Arzt Dr. med. A. ___ habe überzeugend und ausführlich begründet festgestellt, dass die geklagten Beschwerden durch die objektive Befundlage nicht erklärt werden könnten. Die unfallkausalen Beschwerden würden im Laufe von Monaten beziehungsweise spätestens einem Jahr ausheilen, weshalb der status quo ante spätestens 12 Monate nach dem Ereignis als erreicht zu gelten habe (S. 6 unten).

Der Verlauf zeige auf, dass trotz Behandlungen ab Unfallzeitpunkt inklusive den folgenden Reha-bilitationsaufenthalten vom März 2016 und Juni 2016 durchgehend eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit Müdigkeit und Konzentrationsstörungen bis hin zu Filmrissen vorhanden gewesen seien. Die etlichen Behandlungen hätten dabei offensichtlich zu keiner namhaften Besserung des Zustandes beigetragen und die Arbeitsfähigkeit habe nicht wieder hergestellt werden können. Es sei nicht ersichtlich, warum über den 31. Juli 2017 hinaus von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Besserung erwartet werden sollte, wenn diese namhafte Besserung bisher ausgeblieben sei (S. 9 f.).

Eine Auffahrkollision wie vorliegend werde rechtsprechungsgemäss als ein mittel schweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten qualifiziert. Es sei keines der relevanten Kriterien erfüllt, so dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. Oktober 2015 und den geklagten Beschwerden spätestens ab dem 30. Juni 2017 zu verneinen sei (S. 11 f.). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, es sei von zahlreichen Fachärzten und Spitälern bestätigt worden, dass die heutigen Beschwerden in direktem und natürlichem Zusammenhang zum Unfall stünden und die natürliche Kausalität bejaht werden sollte. Zudem wäre auch die adäquate Kausalität zu bejahen, sei der erlittene Unfall mittelschwerer Natur, die fachärztlich intensiven Behandlungen würden seit fast drei Jahren dauern und hätten keine Erfolge erzielt und die Beschwerden seien persistierend. Das alles führe zu erheblichen Beschwerden und Einschränkungen im Alltag (S. 6). 2.3

Strittig und zu prüfen ist damit, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 30. Juni 2017 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, mithin der rechtsgenügende Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 30. Oktober 2015. 3.

E. 3

0. Oktober 2015 erlitt sie als Beifahrerin einen Auffahrunfall (Urk. 10 / A1, Urk. 10/ A2), wobei die erstbehandelnden Ärzte des Z.____

ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) diagnostizierten (Urk. 10 /M2 S. 2 Ziff.

E. 3.1

Die Erstbehandlung erfolgte ein Tag nach dem Unfallereignis im Z.____ , wobei die Ärzte in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2015 (Urk. 10/M2) ein Beschleunigungstrauma der HWS diagnostizierten und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 3. November 2015 attestierten. Die

Computertomographie (CT) der HWS sowie des Schädels vom 31. Oktober 2015 habe keine frischen Frakturen und keine Blutung gezeigt.

E. 3.2

Die Ärzte der B.____ , Rheumatologie, berichteten am 16. Februar 2016 (Urk. 10/M11), nannten als Diagnose ein anhaltendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion im Oktober 2015 und führten aus, die Beschwerdeführerin sei zur Initiierung einer regelmässigen professionellen Therapie und Begleitung zugewiesen worden. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Es würden im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Über dreieinhalb Monate nach dem zervikalen Beschleunigungstrauma leide die Beschwerdeführerin noch an Zervikozephalgien sowie typischen Begleitbeschwerden einer HWS-Distorsion. Klinisch liessen sich keine sensomotorischen Defizite nachweisen, die HWS-Beweglichkeit sei nur minimales eingeschränkt und der muskuläre Hartspann lokalisiere sich vor allem auf den Schultergürtel, weniger auf den Zervikalbereich. Mit der Beschwerdeführerin werde eine Intensivierung der bisherigen therapeutischen Massnahmen im ambulanten Rahmen besprochen und sie werde für einen stationären Aufenthalt auf der Akut-Rheumatologie angemeldet , wo eine multimodale Schmerztherapie erfolgen könne (S. 2) . Es werde eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vom 10. Februar bis 1. März 2016 attestiert (S. 3).

E. 3.3

Die Ärzte der B.____ , Rheumatologie, berichteten am 14. März 2016 (Urk. 10/M15) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 2. bis 15. März 2016 und führten aus, es bestünden massive Schulter- und Nackenschmerzen sowie eine Begleitsymptomatik mit Schwindel, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Tinnitus und Konzentrationsstörungen. Klinisch habe sich bei Eintritt eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS insbesondere der Rotation und der Inklination sowie eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität am rechten Arm gezeigt. Bisherige Strukturabklärungen mittels CT des Schädels und der HWS hätten keine posttraumatischen strukturellen Läsionen gezeigt. Im Hospitalisationsverlauf habe sich eine erfreuliche Verbesserung der HWS-Beweglichkeit, insbesondere der Rotation gezeigt. Die teilweise ausgeprägte Begleitsymptomatik und die Beschwerden in der Brustwirbelsäule (BWS) hätten nicht substantiell gebessert werden können. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin sehr zufrieden mit dem stationären Aufenthalt. Sie habe am 22. März 2016 in einem guten Allgemeinzustand entlassen werden können. Der Beschwerdeführerin sei bis zum Verlaufstermin am 19. April 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 3).

E. 3.4

Die Ärzte der B.____ berichteten am 25. Juni

2016 (Urk. 10/M30) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin zur muskulösen Rehabilitation vom 6. bis 25. Juni 2016 und führten aus, die HWS-Beweglichkeit sei bereits beim Eintritt und seit der letzten stationären Behandlung frei gewesen.

Allerdings hätten muskuläre Verspannungen reduziert werden können. Auf Ebene der analgetischen, schmerzdistanzierenden Medikation sei die Behandlung mit Surmontil bei 10 Tropfen täglich begonnen worden. Aufgrund signifikanter Zunahme der Tagesmüdigkeit sei die Dosis halbiert worden, wo runter sich der Zustand stabilisiert habe (S. 3).

E. 3.5

Die Ärzte der B.____ berichteten am 12. Juli

2016 (Urk. 10/M31) über die ambulante Sprechstunde und führten aus, die HWS sei in alle Bewegungsrichtungen uneingeschränkt, bei links- und rechtsseitiger Lateral flexion bestehe endständig eine Schmerzauslösung. Die Schultern seien beidseits uneingeschränkt und schmerzfrei beweglich. Die Reflexe der oberen Extremitäten seien symmetrisch, die grobkursorische Krafttestung der oberen Extremität ungeschränkt und es bestehe keine Hypästhesie. Die MRI Abklärung vom 4. Juli 2016 der HWS und Angio habe eine hypoplastische Arteria vertebralis rechts, eine normale Arteria vertebralis links und eine unauffällige Arteria

carotis

interna beidseits sowie ein normales Schädel-MRI gezeigt (S. 2). Durch den stationären Aufenthalt auf der Akut-Rheumatologie sowie auch aktuell auf der Rehabilitation habe eine Stabilisierung bis leichte Verbesserung der Situation erreicht werden können, wobei aktuell wieder ein deutlicher Leidensdruck bestehe, vor allem auf Grund der Cephalgien und des Tinnitus. Vor Initiierung weiterer Massnahmen sei zunächst der Bericht der Kollegen der Neuropsychologie abzuwarten (S. 3).

E. 3.6

Die Ärzte des Y.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 6. Juli 2016 (Urk. 10/M36) über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin zur Standortbestimmung mit der Frage nach der Objektivierbarkeit der Gedächtniswierigkeiten. Sie führten aus, dass formal neuropsychologisch geprüft bei der vollständig orientierten Beschwerdeführerin von leicht bis schwer reichende Defizite in attentionalen Teilfunktionen im Vordergrund der Befunde stünden. Zudem zeige sich eine leicht reduzierte psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit. Es seien leicht unterdurchschnittliche Leistungen im mnestischen Bereich konstatierbar. Bei den Exekutivfunktionen seien die verbale Ideenproduktion und die Interferenzkontrolle leicht vermindert. Basale visuelle, sprachliche, sprachassoziierte und praktische Leistungen seien unbeeinträchtigt. In den zusätzlich durchgeführten Fragebogenverfahren fänden sich Hinweise auf eine schwere Fatigue- und leichte Depressionssymptomatik. Dies decke sich mit den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin. Die geschilderten kognitiven Auffälligkeiten seien gut im Rahmen der Schmerz- und Erschöpfungssymptomatik sowie der damit verbundenen reduzierten Belastbarkeit interpretierbar. Für das weitere Prozedere erscheine die Behandlung der Schmerzsymptomatik deshalb prioritär (S. 3).

E. 3.7

Die Ärzte der

B.____ berichteten am 24. August

2016 (Urk. 10/M37) über die Verlaufskontrolle und führten aus, am 18. August 2016 sei die Arbeitstätigkeit als Pflegeassistentin für zwei Stunden am Vormittag wieder aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin berichte allerdings, dass der Arbeitsversuch gescheitert sei. Sie habe sich vorgängig überschätzt und sei nicht in der Lage gewesen, während der Arbeitszeit den Anforderungen annähernd zu genügen. Vor allem würden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite stören. Die Beschwerdeführerin sei zudem ausgeprägt bedrückter Stimmungslage, da ihr am Arbeitsplatz nochmals verbal aufgezeigt worden sei, wie verlangsamt sie im Gegensatz zu früher sei. Durch den gescheiterten Arbeitsversuch seien nun die Ängste gestiegen, in wie weit sie das Leben weiterhin meistern könne (S. 2).

E. 3.8

Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, erstattete sein Gutachten am 21. September 2016 (Urk. 10/M62) zuhanden der Pensionskasse und führte aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe im Notfall-OP im Y.____ mit 24 Stunden Schichtbetrieb und repetitiver Exposition gegenüber stressigen und volle körperliche wie geistige Leistungsbereitschaft erfordernden Einsätzen sei die Beschwerdeführerin aufgrund der aktuellen körperlichen wie geistigen Defizite derzeit und voraussichtlich auch weiterhin nicht im geforderten Ausmass arbeitsfähig. Eine Reintegration könnte mit Vorteil eher im Umfeld eines geplanten, weniger mit Stress und Notfällen verbundenen Operationsbetriebs erfolgen, vorzugsweise mit initial stundenweisen Teilpensen, eventuell als zusätzliche Kraft während fortlaufender Krankenschreibung (S. 19). Eine Fortführung des bestehenden Settings sowie zur Verbesserung der Coping-Fähigkeiten erscheine eine schmerzpsychotherapeutische Intervention zweckmässig, um der Beschwerdeführerin die Anpassung der hohen persönlichen Leistungsansprüche an das im Rahmen der chronischen Beschwerden noch bestehende Leistungsvermögen zu ermöglichen. Diesbezüglich könnte eine nochmals stationäre Massnahme erwogen werden (S. 20). Zumutbar seien der Beschwerdeführerin körperlich leicht belastende Tätigkeiten eher in stressarmem Arbeitsumfeld ohne Wirbelsäulen- oder HWS-Belastung mit geplanten Routine ablaufen (S. 21).

3.9

Die Ärzte der B.____ berichteten am 19. Dezember

2016 (Urk. 10/M47) über die Verlaufskontrolle und führten aus, die Beschwerdeführerin sei nun seit zwei bis drei Monaten in der Physiotherapie in Behandlung und bemerke zwar eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit, jedoch eher zunehmende Beschwerden, nicht nur zervikal, sondern nun auch neu tieflumbal mit Ausstrahlung in beide Beine. Nach den Behandlungen finde jeweils eine Schmerzexazerbation statt. Klinisch zeige sich eine uneingeschränkte und schmerzfreie HWS-Beweglichkeit, jedoch eine deutliche Druckdolenz im Bereich der verhärteten subokzipitalen Muskulatur sowie Triggerpunkte im Bereich des Schultergürtels. Die Schultern seien schmerzfrei und uneingeschränkt beweglich. Es werde erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende März 2017 attestiert. Im Falle eines sehr positiven Verlaufs könne natürlich ein kontrollierter Arbeitsversuch gestartet werden (S. 2).

E. 3.10

Die Ärzte der B.____ berichteten am 10. Februar

2017 (Urk. 10/M50) und führten aus, zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung und Aggravierung der Symptome durch eine Negativspirale werde erneut ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt zur muskuloskelettalen, aber auch psychosomatischen und neurologischen Behandlung empfohlen, zum Beispiel in der D.____ (S. 2).

E. 3.11

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 11. Juli 2017 (Urk. 10/M61) über die Untersuchung der Beschwerdeführerin und führte aus, dass in der Physiotherapie die anfänglich weitgehend blockierte Beweglichkeit der HWS deutlich habe verbessert werden können, aktuell bestehe eine noch endgradige Bewegungseinschränkung mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Es bestünden noch immer ständige Nackenschmerzen und in diesem Zusammenhang auch Kopfschmerzen (S. 2). Ein weiteres Problem seien die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die auf eine wahrscheinlich erlittene leichte Hirnschädigung hinweisen würden. Eine neuropsychologische Abklärung sei zu befürworten (S. 3).

E. 3.12

Dr. med. A.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, berichtete am 3. Mai 2018 (Urk. 10/M72) und führte aus, die geklagten Beschwerdebilder seien genügend abgeklärt. Somatisch seien entsprechende Abklärungen im Z.____, bei der Hausärztin, mehrfach in der orthopädischen B.____ sowohl ambulant als auch stationär, bei Dr. F.____, in der Klinik für Neurologie des Y.____, beim Neurologen Dr. E.____, gutachterlich durch den Rheumatologen Dr. C.____, beim Chirurgen Dr. G.____ und interdisziplinär im H.____ erfolgt. Die Bildgebung sei mittels Computertomografie der HWS und des Schädels sowie mittels Kernspintomografie des Schädels inklusive Angiographie sowie konventionell-radiologisch erfolgt. Psychiatrische Beurteilungen sowie eine neuropsychologische Standortbestimmung seien ebenfalls erfolgt. Alle Untersuchungen hätten auf der objektiven Ebene eine identische und konsistente Befundlage ohne Abweichungen gezeigt (S. 5 Ziff. 1).

Als organische Befunde sei eine hypoplastische Arteria vertebralis rechts feststellbar. Strukturelle Veränderungen seien durch den Unfall vom 30. Oktober 2015 keine entstanden (S. 5 Ziff. 2 und 3).

Sämtliche Beschwerden seien durch die objektive Befundlage nicht zu erklären. Weder ereignisnah noch im Verlauf hätten Strukturveränderungen festgestellt werden können, die in einem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Oktober 2015 stehen könnten. Aus somatischer Sicht entbehre deshalb das aktuelle Beschwerdebild einer objektivierbaren Begründung. Bezüglich der geklagten Beschwerden bestehe deshalb aus somatischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine natürliche Kausalität zum Ereignis vom 30. Oktober 2015. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es durch das Ereignis vom 30. Oktober 2015 zu einem Distorsionstrauma der HWS Grad II gekommen. Den Empfehlungen der entsprechenden Guidelines folgend würden bei dieser Art der Verletzung die unfallkausalen Beschwerden im Laufe von Monaten beziehungsweise spätestens nach einem Jahr ausheilen. Der Status quo ante sei demnach spätestens 12 Monate nach dem Ereignis erreicht worden (S. 5 f.).

Ziff. 4).

Aus somatischer Sicht lägen keine gesundheitlichen Folgen des Ereignisses vom 30. Oktober 2015 vor. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei demnach unfallkausal nicht mehr begründbar (S. 6 Ziff. 6). 4. 4.1

Vorliegend ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten auch ausgewiesen, dass die geklagten Beschwerden kein organisches Korrelat aufweisen. Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/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). Die anlässlich der Erstuntersuchung im

Z. ___ ein Tag nach dem Unfall durchgeführten computertomographischen Untersuchungen ergaben einen normalen Befund ohne frische Frakturen oder Blutungen (vgl. vorstehend E. 3.1) und auch eine am 4. Juli 2016 durchgeführte MRI Abklärung ergab lediglich eine hypoplastische Arteria vertebralis rechts, ansonsten keine Auffälligkeiten (vgl. vorstehend E. 3.5).

Bei allfälligen natürlich unfallkausalen verbliebenen Schädigungen, wozu auch die seit dem Unfall am 30. Oktober 2015 geklagten Kopf- und Nackenschmerzen sowie Gedächtnisstörungen gehören (E. 3.1-3.12), ist daher die Adäquanz gesondert zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.4). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3 mit Hinweisen). 4.2

Ein Fallabschluss ist dann vorzunehmen, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. In diesem Zeitpunkt ist der Fall somit unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3 und 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, um schreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszuulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3). Der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz setzen sodann lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013, E. 5.2, und 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012, E. 3.2.2).

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 30. Juni 2017, mithin rund 20 Monate nach dem Unfall, ein. Sie stützte sich dabei insbesondere auf die Berichte der Ärzte der B. ___, welche die Beschwerdeführerin sowohl stationär wie auch ambulant behandelten (vorstehend E. 3.2-3.5, E. 3.7, E. 3.9, E. 3.10). Während der Hospitalisation vom März 2016

(vorstehend E. 3.3) wurde eine erfreuliche Verbesserung der HWS-Beweglichkeit, insbesondere der Rotation festgestellt, wobei die teilweise ausgeprägte Begleitsymptomatik und die Beschwerden in der Brustwirbelsäule (BWS) nicht substantiell hätten gebessert werden können.

Die anlässlich der erneuten Rehabilitation im Juni 2016 (vorstehend E. 3.4) festgestellte Befundlage unterscheidet sich nicht wesentlich von den früheren Feststellungen. So sei die HWS-Beweglichkeit bereits beim Eintritt und seit der letzten stationären Behandlung frei gewesen. Eine Besserung der Schmerzen konnte nicht erreicht werden, allerdings hätten muskuläre Verspannungen reduziert werden können. Der aufgezeigte Verlauf macht deutlich, dass trotz der zahlreichen ambulanten Behandlungen sowie der stationären Rehabilitationen durchgehend über eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit Konzentrationsproblemen berichtet wurde. Die Therapien und Behandlungen hatten zu keiner namhaften Besserung des Zustandes, abgesehen von einer verbesserten Beweglichkeit der HWS, beigetragen und die Arbeitsfähigkeit wurde nicht wieder hergestellt. Das in der B.____ festgestellte Behandlungsergebnis spricht angesichts der durchgeführten umfangreichen Massnahmen gegen eine noch erzielbare namhafte Besserung des somatischen und psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin. Daran vermögen auch die verordneten Therapien nichts zu ändern. Es lag bereits zu diesem Zeitpunkt keine medizinische Einschätzung vor, der sich eine zu erwartende gesundheitliche Verbesserung entnehmen liess. Weshalb über den 1. Juli 2017 hinaus von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung erwartet werden sollte, wenn diese bisher ausgeblieben ist, ist weder aufgrund der Akten ersichtlich, noch wird dies von der Beschwerdeführerin substantiiert geltend gemacht. Zusammenfassend ist gestützt auf die medizinischen Berichte, insbesondere der B.____, davon auszugehen, dass nach dem Unfall vom 30. Oktober 2015 der Endzustand spätestens Ende Juni 2017 erreicht war. Entsprechend ist die von der Beschwerdegegnerin per 30. Juni 2017 im Zuge des Fallabschlusses vorgenommene Adäquanzprüfung gemäss der Schleudertrauma-Praxis nicht zu beanstanden.

5.

E. 5

). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

E. 5.1

Im Hinblick auf die Prüfung der Adäquanz ist zunächst der Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren, welche sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt (vgl. vorstehend E. 1.4).

Den Akten lassen sich nicht viele Angaben zur Unfallschwere entnehmen. Die Beschwerdeführerin war gemäss eigenen Aussagen direkt nach dem Ereignis in der Lage, beschwerdefrei auszusteigen und mit einem Taxi weiter an den Flughafen zu gelangen, um den Rückflug in die Schweiz anzutreten (Urk. 10/A2 S. 2). Das unfallanalytische Kurzgutachten ging sodann von einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung Δv von 9 bis maximal 14 km/h aus (Urk.

10/A35). Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass es sich hierbei rechtlich gemäss um ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handle. Diese Einteilung wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden (vgl. Urteil 8C_310/2010 vom 29. Juli 2010, Urteil 8C_327/2010 vom 22. Juli 2010). Damit wäre die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges nur dann zu bejahen,

wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1 mit Hinweisen; vgl. auch vorstehend E. 1.4).

E. 5.2

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist dabei, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet.

Der Unfall ereignete sich während eines Staus auf der Autobahn, wobei die Beschwerdeführerin als Beifahrerin im Auto, das sich mit ungefähr 20-30 km/h fortbewegte, war (Urk. 10/A2). Es handelt sich demnach um einen Auffahrunfall ohne besondere dramatische Begleitumstände. Eine besondere Eindrücklichkeit kann darin nicht gesehen werden.

Die Beschwerdeführerin nahm sich nach dem Unfall ein Taxi zum Flughafen, um zurück in die Schweiz zu reisen. Am Folgetag wurde sie ambulant im Z. ___ behandelt und zunächst lediglich für drei Tage arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 10/M2). Aus objektiver Sicht kann demnach nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der «fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung» betrifft, wurde die Beschwerdeführerin insbesondere medikamentös behandelt, absolvierte Physiotherapie sowie zwei stationäre Rehabilitationsaufenthalte. Die weiteren Therapien bestanden aus Wassertherapie, Craniosacraltherapie und Osteopathie (Urk. 10/M11, Urk. 10/M15-16). Dies kann vorliegend noch nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden. Rechtsprechungsgemäss reichen auch wiederholt mehrere Wochen dauernde Aufenthalte in Kliniken nicht ohne Weiteres zur Bejahung dieses Kriteriums (vgl. Urteil 8C_453/2012 vom 14. Dezember 2012). Auch die Besuche bei der Hausärztin sowie den verschiedenen Spezialisten weisen noch nicht den Charakter fortgesetzter und spezifischer ärztlicher Behandlungen auf, sondern sind offensichtlich als diagnostische Massnahmen oder Verlaufskontrollen zu werten. Zusammenfassend ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und belastenden ärztlichen Behandlung vorliegend trotz einer gewissen Menge an Therapien und Behandlungen nicht als erfüllt zu betrachten.

Zum Kriterium der «erheblichen Beschwerden» ist festzuhalten, dass nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden adäquanzrelevant sein können (BGE 124 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin klagte zwar bis zum Fallabschluss über Schmerzen und kehrte denn auch nicht an ihren angestammten Arbeitsplatz zurück, obwohl ihr ein kleines, stundenweises Pensum zumutbar wäre (vgl. Urk. 10/M62). Die Beschwerden der Beschwerdeführerin konnten zudem keinem unfallbedingten objektiven Korrelat zugeordnet werden und die Beschwerdeführerin wies auch kein für ein Schleudertrauma typisches buntes Beschwerdebild auf.

Die Diagnose einer HWS Distorsion genügt für sich allein nicht zur Bejahung einer besonderen Schwere (BGE 134 V 109 E. 10.2.2), weshalb insgesamt nicht von erheblichen Beschwerden in besonders ausgeprägter Weise ausgegangen werden

kann .

Keine Hinweise ergeben sich sodann auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind ohne Weiteres zu verneinen.

Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit ist mangels ausgewiesener grösserer Anstrengungen, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern, höchstens in einfacher Weise gegeben.

E. 5.3

Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien höchstens diejenigen der

«erheblichen Beschwerden» und der «erheblichen Arbeitsunfähigkeit» erfüllt sind, dies jedoch bestenfalls in einfacher – nicht in ausgeprägter – Weise .

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssten vorliegend jedoch aufgrund der Unfallschwere vier Kriterien erfüllt sein (E. 5.1).

Entsprechend ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach wie vor bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 30 . Oktober 2015 zu verneinen und weitere Ausführungen zum natürlichen Kausalzusammenhang erübrigen sich (vgl. vorstehend E. 4 .1). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 30 . Juni 2017 eingestellt hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3 . Juli 2018 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, 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
MosmannSchüpbach

E. 10

/ A104 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Juli 2018 (Urk. 2) erhob die Ver sicherte am 19. August 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Versicherungsleistungen zu erbringen und über die Rente und Integritätsentschädigung einen Entscheid zu treffen (S. 1 Ziff. 1). Eventuell sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und der Fall an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärung zurück zuweisen (S. 1 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2018 schloss die AXA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), dies wurde der Beschwerdeführerin am 29. November 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). In der angesetzten Frist ging keine Replik ein (vgl. Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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