

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00208 vom 11. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00208 du 11 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00208 del 11 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1980 geborene X.____ war seit 1. Juli 201

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfall folgen. 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 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenver siche ru ng abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

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 Vorhanden sein 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 Kausal zusammenhangs nicht erforderlich, dass e in Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Beding ungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohn e dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfiere (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 Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

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 überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

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

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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 Versicherungs träger 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 Beweismündigung 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihren Entscheid damit (Urk. 2 Ziff. 2.7), dass am 14. August 2017 ein Unfallereignis stattgefunden habe , welches kurzzeitig zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit geführt habe. Für die über den 12. September 2017 hinaus bestehenden Beschwerden herrsche unter den Medizinern Einigkeit, dass diese zumindest teilweise auf die Wirbelkörperfraktur zurückzuführen seien. Jedoch sei fraglich, ob diese Fraktur beim Unfall entstanden oder degenerativ bedingt sei (Ziff. 2.8). Der beratende Arzt

A. ___ habe diesbezüglich festgehalten, dass die leichte Deckplattensinterungsfraktur ohne Wirbelkörperhinterkantenbeteiligung oder intraspinale Komplikation über wie ge nd wahrscheinlich unfallfremd sei und der Status quo sine im Zusammenhang mit der unfallbedingten HWS-Distorsion rund vier Wochen nach dem Ereignis erreicht sei (Ziff. 2.11). Damit bestehe ab dem 12. September 2017

kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der Unfallversicherung und da die zusätzlichen Abklärungen durch Dr. Z. ___ für die Abklärung des medizinischen Sachverhaltes nicht notwendig gewesen seien, seien auch die (Abklärungs-) Kosten nicht durch die Unfallversicherung zu tragen (Ziff. 2.18).

Im Verfahren führte sie aus (Urk. 7 Ziff. 18), werde im Verlaufe der Abklärungen eine neue Diagnose gestellt, habe die versicherte Person den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem neu festgestellten Gesundheitsschaden und dem Unfallereignis zu beweisen. Diese Beweislastverteilung sei hier insofern von Bedeutung, als die Deckplattensinterungsfraktur , die Beschwerden verursache , nie als unfallkausal anerkannt worden sei.

Auch sei das Unfallereignis nicht geeignet , eine Wirbelkörperfraktur zu bewirken, da eine axiale Stauchung bei einem Frontalzusammenstoss nicht stattfindet und nie irgendwelche Begleitverletzungen festgestellt worden seien , was bei einer traumatischen Fraktur zu erwarten gewesen wäre und die Beschwerdeführerin habe auch nie über einen axialen Stauchungsschmerz geklagt (Ziff. 25). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 7), der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin sei Anästhesist und verfüge nicht über das Fachwissen zur Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage. Der von ihm erwähnten

DGU- Patienteninformation über das Entstehen von isolierten Deckplattenimpresionsfrakturen sei zu entnehmen, dass die Wirbelkörperfraktur am häufigsten bei älteren Patienten mit Osteoporose vorkomme und am häufigsten die untere Brustwirbelsäule und die obere Lendenwirbelsäule betreffe. Sie

(die Beschwerdeführerin) sei aber noch jung, habe keine Osteoporose, der betroffene Brustwirbel (BWK 2) sei im oberen Bereich und sie habe auch kein Tumorleiden, so dass auch diese Ursache ausscheide. Ihre Knochenstruktur sei krankheitsbedingt nicht geschwächt gewesen, weshalb ein spontaner Bruch als Ursache ausscheide. Die DGU-Patientendokumentation bestätige auch, dass

Wirbelfrakturen im Röntgen nicht erkennbar seien und dies entkräfte auch das weitere Argument des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, welcher auf das Ergebnis der Röntgenuntersuchung vom 15. August 2017 hinweise. Demgegenüber habe Dr. Z.____ in seinem Bericht vom 10. März 2018 begründet, weshalb es keine andere Erklärung für die Entstehung der am 29. August 2017 nachgewiesenen, frischen Deckplattenfraktur von Th2 gebe als den Unfall vom 14. August 2017. Er verfüge als Facharzt der Rheumatologie auch über das erforderliche Fachwissen zur Beurteilung der Kausalitätsfrage.

Der Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen sei weder per 11. September 2017 noch für einen späteren Zeitpunkt erfüllt und die gesetzlichen Leistungen über den 11. September 2017 hinaus zu erbringen. Es seien ihr auch die Auslagen für den Bericht von Dr. Z.____ zu ersetzen, da sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses habe feststellen lassen (S. 12). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich des Unfalls vom 14. August 2017 mit Wirkung ab 11. September 2017 zu Recht verneint hat, weil zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis kein Kausalzusammenhang besteht, oder ob diese Beschwerden auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sind. 3. 3.1

Dr. B.____, Spezialarzt FMH Neurologie, stellte am 3. Februar

2017 (Urk. 8/16) die folgenden Diagnosen: - funktionelles Hemisyndrom links - muskuläre Insuffizienz bei Dekonditionierung,

psychogenem Symptomen-Komplex mit Überforderungszeichen - rezidivierend lumbospondylogenes Syndrom linksbetont bei anamnestisch Spondylyse L5/S1

Im Vordergrund stehe eine muskuläre rasche Erschöpfung, welche mehrheitlich im Rahmen einer Dekonditionierung erklärt werden könne, andererseits bestehe eine Tendenz zu Überforderungssituationen im Alltag, Stressintoleranz mit Gefühl eines nicht mehr „kooperierenden Hirns“. Die Beschwerdeführerin fühle sich dann wie blockiert. 3.2 3.2 .1

Im Bericht des Kantonsospitals C.____

über die ambulante Behandlung vom 15. August 2017 berichteten die Ärzte (Urk. 8/4), die Einweisung der Beschwerdeführerin sei auf hausärztliche Zuweisung vom 15. August

2017 erfolgt. Sie sei am Vortag mit dem PW auf der Landstrasse unterwegs gewesen und im Kurvenbereich mit einem entgegenkommenden PW frontal kollidiert. Sie sei angegurtert gewesen und die Airbags hätten beide ausgelöst. Bei der Erstuntersuchung am 14. August 2017 durch den Rettungsdienst sei der Trauma-Check unauffällig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine Amnesie verneint und die initiale Zuweisung ins Spital sei im Hinblick auf die psychologische Gesamtsituation (Spitalphobie, Depression) verweigert worden. Im Tagesverlauf hätten sich dann kontinuierlich HWS-Beschwerden eingestellt, die durch Eigenmedikation nicht beherrschbar gewesen seien. Weitere Beschwerden seien verneint worden und zur Abklärung und zum Ausschluss von Traumafolgen sei nun die Zuweisung im Notfall erfolgt. Im Röntgen der HWS ap /lateral/ Dens vom 15. August 2017 zeigten sich keine Frakturen. Im Lokalstatus der Halswirbelsäule (HWS) sei die Mittellinie indolent. Es bestünden Druckdolenzen

links paravertebral und am Musculus trapezius. Der Range-of-motion (Bewegungsumfang) sei schmerzbedingt eingeschränkt. Es wurde die Diagnose einer HWS-Distorsion fest gehalten und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 15. bis 18. August 2017 attestiert. 3.2.2

Die zuständigen Ärzte des

Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des C.____ führten am selben Tag aus (Urk. 8/7), zum Vergleich bestehende Voruntersuchung. Es zeige sich eine sieben-gliedrige HWS wahrscheinlich mit schmerzbedingter Streckhaltung. Der Dens

axis

sei diskret dezentriert, bei kongruenten Atlantoaxialgelenken aufgrund einer Rotation im Atlantodentalgelenk. Es bestehe ein regelrechtes Alignment

der HWS und eine regelrechte Artikulation der Facettengelenke. Ein gespaltenen Processus spinosus des HWK6 sei konstitutionell bedingt und es zeigten sich keine Frakturen und die Weichteile seien unauffällig. 3.2.3

Im Dokumentationsfragebogen über die Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 13. Oktober 2017

(Urk. 8/8/2f.) wiesen die Ärzte des C.____ auf die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin am 14. August 2017

hin. Es hätten vor dem Unfall behandlungsbedürftige Beschwerden an Kopf, Nacken, Rücken, Augen, Psyche sowie eine linksseitige Muskelschwäche bestanden. Im Untersuchungsbefund

zeigten sich bei der Beweglichkeitsprüfung der HWS keine Schmerzen bei Flexion und Extension, aber Schmerzen bei Rechts- und Linksrotation und rechts- und linksseitiger Neigung. Es bestünden paravertebrale Druckdolenzen beidseits, ein Ruheschmerz, aber kein Stauchungsschmerz sowie Schmerzen und Funktionseinschränkungen am linken Unterarm. Die neurologische Untersuchung zeige normale Sehnenreflexe und die aktuelle Bewusstseinslage ergebe auf der Glasgow Coma Skala (GCS) einen Wert von 15. Es bestünden eine Angststörung, Panikattacken und eine Depression. Als äussere Verletzungen zeigten sich eine Schürfung am linken Unterarm und ein Hämatom an Clavicula links. Es wurde die klinische Präsentation der Beschwerden in Anlehnung an die Quebec-Task-Force-Klassifikation mit Grad II bewertet, Analgetika verordnet und vom 1

4. bis 20. August 2017 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. 3.3

Im MRI (Magnetresonanztomographie) vom 29. August 2017 (Urk. 8/11) wies

Dr. D.____, Facharzt für Radiologie FMH,

zum Vergleich auf eine Voruntersuchung vom 30. Dezember 2016 hin. Auf Höhe C0 bis C4 bestehe ein Normalbefund, auf C4 bis C7 zeige sich eine leichte Bandscheibendegeneration mit kleinen schmalbasigen medianen, nicht neurokompressiven Diskushernien. Das Myelon sei normal, die

Neuroforamina

frei und die Facettengelenke normal ohne Nachweis einer Fraktur. Auf Höhe C7/Th1 ergebe sich ein Normalbefund. Auf Höhe Th1 bis Th5 zeige sich eine frische Deckplattensinterungsfraktur von Th2 bei erhaltener Wirbelkörperhinterkante. Es bestehe keine intraspinale Komplikation und es zeige sich nur eine diskrete Keilwirbeldeformität mit einem Keilwirbelwinkel von ca. 4 bis 5°. Die Neuroforamina

seien frei und die übrige knöchernen Strukturen unauffällig.

Unter Beurteilung führte der Radiologe aus, es bestehe eine leichte Deckplattensinterungsfraktur von Th2 ohne Wirbelkörperhinterkantenbeteiligung oder intraspinale Komplikation und stationäre leichte Segmentdegenerationen C4 bis C7 mit unverändert kleinen, nicht neurokompressiven Diskushernien. 3.4

Im Verlaufsbericht der Klinik

E.____ vom 26. Oktober 2017 (Urk. 8/14) führten

F.____ und Dr. G.____ aus, die Beschwerdeführerin leide seit Oktober 2016 unter einer halbseitigen Lähmung mit « Verdacht auf stressbedingt ». Wegen der Angst vor dem Spital sei sie

zur Behandlung gekommen. Bei der Untersuchung sei klar geworden, dass sie unter Zwängen leide. Aufgrund des plötzlichen Autounfalls sei es noch nicht möglich gewesen, das Thema Zwänge zu vertiefen. Sie sei seit dem 11. Juli 2017 einmal pro Woche

in psychiatrischer Behandlung und es sei die Erstbehandlung bei ihnen am 22. August 2017 erfolgt, nachdem keine organischen Ursachen für diese Lähmung habe festgestellt werden können. Bei der anamnestischen Untersuchung sei klargeworden, dass dies stressbedingt sei, da die Beschwerdeführerin zuhause mit einem Grundschulkind mit ADHS Verdacht belastet sei. 3.5

Im MRI vom 22. Januar 2018 (Urk. 8/36/10) wies Dr. D.____ auf die Voruntersuchung vom 29. August 2017 hin und hielt fest, es zeige sich eine vollständige Regredienz der Knochenmarködeme im Bereich der Deckplatte von Th2. Die nur diskrete Keilwirbeldeformität von 5° sei unverändert, das Alignment der zervikalen und thorakalen Wirbelkörper

zeige sich harmonisch und die Bogenwurzeln und Facettengelenke von C0 bis Th9 seien reizlos und intakt. Eine leichte Osteochondrose mit kleiner rezessal rechtsbetonter Diskushernie bestehe auf Th7/Th8 und auf C4/C5 sowie C5/C6 zeige sich eine stationäre leichte Bandscheibendegeneration mit kleinen nicht neurokompressiven Diskushernien. Die Neuroforamina seien

unverändert frei und unverändert bestehe ein reizloser, kranio zervi kaler Übergang mit intaktem

Dens .

Unter Beurteilung hielt der Radiologe fest , es bestehe eine vollständige Restitutio der Deckplattenkompressionsfraktur von Th2 mit nur minimaler Restwirbeldeformität von 5°. Es ergebe sich kein Nachweis eines aktiven Knochenumbaus und die leichte degenerative Veränderung der unteren HWS und eine kleine Diskushernie auf Th7/Th8 rezessal rechts seien stationär. 3.6

Der beratende Arzt der Beschwerdegegerin und Vertrauensarzt SGV A.____ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 12. Februar 2018 aus (Urk. 8/27 S.

5

f.), die Beschwerdeführerin habe im Rahmen eines PW-Unfalls eine HWS-Distorsion (ICD-10 S 13.4) erlitten. Dabei seien relevante, bereits vor dem Ereignis bestehende Komorbiditäten dokumentiert und die Diagnosen ICD-10 F40.9, F41.0 und möglicherweise F 60.5 hätten bereits vorgelegen . Anamnestisch komme hinzu , dass weit vor dem Ereignis ein funktionelles Hemisyndrom links, eine muskuläre Insuffizienz bei Dekonditionierung, ein psychogener Symptomen-Komplex mit Überforderungszeichen und ein lumbospondylogenes Syndrom mit Spondylolyse L5/S1 bekannt gewesen seien. Die konventionelle Röntgenaufnahme der HWS vom

15. August 2017 habe in der a.p. -Aufnahme an BWK 1 keinerlei radiologische Zeichen einer Wirbelkörperfraktur respektive zu erwartende Begleitverletzungen im Sinne eines Hämatoms und/oder Weichteilschwellung gezeigt . Dieser Befund sei deckungsgleich mit dem schriftlichen Befund des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des C.____ und der Befund korreliere

auch gut mit dem fehlenden Stauchungsschmerz des Axialskeletts, welcher im Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma beurteilt worden sei. Das mit zeitlichem Abstand von 15 Tagen erfolgte MRI der HWS am 29. August 2017 zeige eine leichte Deckplattensinterungsfraktur von Th2 ohne Wirbelkörperhinterkantenbeteiligung oder intraspinale Komplikation und zusätzlich Segmentdegenerationen C4 bis C7 mit unverändert kleinen, nicht neurokompressiven Diskushernien. Es zeigt es sich keinerlei Traumafolgen im Sinne von Begleitverletzungen, die bei traumatisch bedingten Wirbelkörperfrakturen obligat seien. Als anatomische Besonderheit sei der BWS-Bereich durch Rippen und den gesamten Brustkorb besonders mechanisch geschützt, sodass ein leichter Deckplatteneinbruch ohne nachweisliche Begleitverletzung respektive sofortigem ärztlichem Handlungsbedarf nach Ereignis unwahrscheinlich sei. Isolierte Deckplatteneinbrüche von Wirbelkörpern (sog. Sinterungen) insbesondere der BWS seien in der natürlichen Kausalität überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingt. 3.7

Dr. Z.____ , Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin , berichtet am 10. März 2018 auf Anfrage der Beschwerdeführerin (Urk. 8/36/7), vor dem Unfall vom 14. August 2017 sei die Beschwerdeführerin mehrmals in seiner Behandlung gestanden , letztmals am 9. Januar 2017. Damals habe eine Dysästhesie und Dyskoordination linksseitig bestanden, die bereits durch den Neurologen

Dr. B. ___ abgeklärt worden sei. Abgesehen von etwas Druckgefühl lumbal hätten zu dieser Zeit kaum Schmerzen, weder im Nacken noch in die Arme ausstrahlend, bestanden und im Vordergrund sei eine Ermüdungssymptomatik mit Dyskoordination

linksseitig gestanden. Die Kausalitätsbeurteilung von A. ___ sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Im MRI der HWS vom 29. August 2017 sei eine frische Deckplattensintervertebralsfraktur Th2 mit Keilwirbeldeformität von 4-5 Grad beschrieben.

A. ___ argumentiere, dass bei der Notfallabklärung im KS- O. ___ mit Durchführung eines HWS-Röntgens vom 15. August 2017 die a. p. -Aufnahme an BWK 1 keinerlei radiologische Zeichen einer Wirbelkörperfraktur respektive zu erwähnende Begleitverletzungen im Sinne eines Hämatoms und/oder Weichteilschwellungen zeige. Erstens handelt es sich bei der Fraktur nicht um BWK 1 sondern um BWK 2, womit diese Aussage/Vergleich schon anatomisch inkorrekt sei. Zweitens seien in den konventionellen Röntgenaufnahmen der HWS die thorakalen Brustwirbelkörper, wenn überhaupt, nur sehr schlecht beurteilbar. Selbst bei sehr schlanken Patienten seien in der seitlichen Aufnahme möglicherweise der erste Wirbelkörper noch mitbeurteilbar, der zweite Wirbelkörper sei dann durch den Schultergürtel komplex überlagert. Ebenfalls seien Weichteilverletzungen wie Blutungen/Hämatome in konventionellen Röntgenbildern, wenn überhaupt, nur indirekt zu vermuten. Diese könnten dann wiederum in einer HWS-Aufnahme bei einer hochthorakalen Verletzung höchstens bei sehr gravierenden, massiven Blutungen, welche noch in den HWS-Bereich gelangten, als indirekte Zeichen vorhanden sein. Inkorrekt sei auch der Rückschluss, dass in den konventionellen Aufnahmen vom

E. 6

in einem Teilzeiterwerbsspensum von 12 Stunden pro Woche als Sachbearbeiterin bei der Y. ___ GmbH angestellt und in dieser Eigenschaft bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (ÖKK) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 8/1.1). Am 14. August 2017 kollidierte sie

als Autolenkerin frontal mit einem auf ihrer Fahrbahn entgegenkommenden Fahrzeug (Urk. 8/1.2). Die ÖKK holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (vgl. Urk. 8/4, 8/7, 8/8, 8/11, 8/13, 8/14, 8/15, 8/16), zog den Polizeibericht (Urk. 8/10) und ein technisches Gutachten zur kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung bei (Urk. 8/12) und legte die Unterlagen zur Stellungnahme ihrem beratenden Arzt vor (Urk. 8/17 Stellungnahme vom 14. Dezember 2017). Am 27. Dezember 2017 kündigte sie den Fallabschluss und die Einstellung der Versicherungsleistungen per 11. September 2017 an (Urk. 8/19). Nach Einwendungen der Versicherten (Urk. 8/22) und erneuter Stellungnahme des beratenden Arztes (vgl. Urk. 8/27), verfügte die ÖKK am 16. Februar 2018 in angekündigtem Sinne (Urk.

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es seien ihr die Auslagen für den Bericht von Dr. Z. ___ vom 10. März 2018 (Urk. 8/36/7) zu ersetzen (Urk. 1 S. 2 und S.

12).

Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, wenn er die Massnahmen nicht angeordnet hat, wenn sie für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren (Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG).

Die Gutheissung der Beschwerde gründet massgeblich auf der Berichterstattung von Dr. Z.____. Damit hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführer in die Kosten dieser Auslagen in der Höhe von Fr. 700.-- (Urk. 8/36/11) zu ersetzen (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

E. 6.2

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung zu, welche ermessensweise auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 aufgehoben, und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die gesetzlichen Leistungen für den Unfall vom 14. August 2017 bis 5. März 2018 zu erbringen. 2.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in die Kosten für den Bericht von Dr. Z.____ vom 10. März 2018 von Fr. 700.-- zu ersetzen. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier -
Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Philipp - Bundesamt für Gesundheit 6.

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 Der Gerichtsschreiber GräubNef

E. 8

/ 38) und wies mit Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 die Einsprache ab (Urk. 2) . 2.

Hiergegen erhob die Versicherte am 11. September 2018 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen (S. 2), der Einspracheentscheid

sei aufzuheben und es seien über den 11. September 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen aufgrund der Folgen des Unfalls vom 14. August 2017 zu erbringen ; unter Entschädigungsfolgen sowie Ersatz der Auslagen von Fr. 700.-- für den Bericht von Dr. Z.____ vom 10. März 2018. Die ÖKK beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. September 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7) . Am 8. Oktober 2018 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein (Urk.

E. 11

und Urk. 12). Hiervon wurde der Beschwerdegegnerin am 1. Oktober 2018 Kenntnis gegeben (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

August 20

E. 017

und der Erstkonsultation bei ihm am 25. August 2017 habe eine kontinuierliche langsame Verbesserung stattgefunden. Die initiale ausgebaute Schmerzmedikation habe zwischenzeitlich vollständig ausgeschlichen werden können und die Beschwerdeführerin sei zunehmend im Haushalt aktiv und nehme wieder vermehrt an der Kinderbetreuung teil. Die Nachtruhe sei schmerzbedingt weniger gestört und in der klinischen Untersuchung bei der letzten Konsultation vom 5. März 2018 habe sich objektiv eine deutlich verbesserte HWS-Mobilisation gezeigt und die Rotation sei beidseits weitgehend frei. Auch die myofasziale Symptomatik der Nacken-Schulter-Muskulatur sei deutlich regredient und während der ganzen Betreuung seien keine

neuen neurologischen Ausfälle aufgetreten. 3.8

Am 19. Juni 2018 hielt der Vertrauensarzt A. ___ fest (Urk. 8/38/2), ergänzend sei zu prüfen, ob das Ereignis biomechanisch geeignet sei, durch einen entsprechenden Energieübertrag das detektierte pathologische anatomische Korrelat (Deckplattenimpressionsfraktur Th2) im Beweisgrad überwiegend wahrscheinlich in der natürlichen Kausalität zu bewirken.

Die bisherige Beurteilung der konventionellen Röntgenaufnahme vom 15. August 2017 habe er missverständlich formuliert. Weiterhin sei über die Deckplattenimpressionsfraktur des BWK 2 (Th2) zu diskutieren. Die Beurteilung des BWK 1 sei dahingehend in die Analyse eingeflossen, als dass diese Region in unmittelbarer Nachbarschaft zum BWK 2 stehe. Diese Untersuchung sei unmittelbar nach dem Ereignis erfolgt und als Echtzeit-Dokument zu bewerten. Der besonderen anatomischen Situation des BWK2 sei es geschuldet, wie Dr. Z. ___ richtig

ausgeführt habe, dass eine radiologische Beurteilung im seitlichen Strahlengang erschwert sei durch

zahlreiche Überlagerungsartefakte knöcherner Anteile des Brustkorbes und der Schulterregion. Diese Situation sei eine Etage höher (BWK1) nicht vorliegend. Andersgestalte sich jedoch die Situation im anterioren- posterioren (ap-) Strahlengang. Hier lasse sich bei vorliegender guter Aufnahmequalität die BWK1 und 2 mit fast gleichen Überlagerungsartefakten beurteilen, so dass dieser (BWK1) als Referenz innerhalb der gleichen Aufnahme diene. Dabei ergebe sich kein Anhalt für: 1. Begleitverletzungen, welche zu erwarten wären, da isolierte Deckplattenimpressionsfrakturen unwahrscheinlich traumatisch bedingt seien, sondern eher spontan aufträten 2. In den angrenzenden Regionen (hier BWK1) von nachweisbaren Traumafolgen 3. In der ROI (Region of interest) des BWK2 die gleiche Abbildung, wie in der angrenzenden Region des BWK1. Somit seien in diesen Röntgenaufnahmen keine Ereignisfolgen dokumentiert. Der besonderen anatomischen Position des BWK 2

sei in der Beurteilung Rechnung zu tragen, da die Mobilität des BWK2 im Vergleich zu den Wirbelkörpern der HWS deutlich reduziert sei. Die BWS bilde über die gelenkigen

Verbindungen mit den Rippen den knöchernen dorsalen Pol des Brustkorbes (Thorax), welcher ventral knöchern vom Brustbein gebildet werde. Dadurch sei die Mobilität der Wirbelkörper (WK) im Thoraxbereich eingeschränkt. Diese anatomische Ausgangslage bedeute, dass eine ausschliesslich isolierte Deckplattensinterungsfraktur, die

bei spielsweise pathognomonisch für eine Osteoporose sei, ohne entsprechende Begleitverletzung im Sinne von Hämatomen oder ligamentäre Zerreissung,

unwahrscheinlich sei. Das Fehlen von Begleitverletzungen sei der Nachweis, dass es sich um keine Ereignisfolge handle. Der Kraftübertrag eines äusseren Impulses (Anschlag der PWs) auf den menschlichen Körper entstehe nicht ausschliesslich an einem fokussierten Ort, sondern der Energievektor hinterlasse auf seinem Weg zum Fokus ein nachvollziehbares Schadensmuster. Ein adäquates Trauma zur Bewirkung einer isolierten Wirbelkörperfraktur wäre eine axiale Stauchung mit Impressionsfraktur mehrerer Wirbelkörper in der Kette und Begleitverletzungen. Vorliegend sei der Unfallmechanismus als Akzelerationstrauma und Rebound zu bezeichnen und hierfür seien HWS-Verletzungen (HWS-Distorsion) die Regel, sodass die ereignisbedingte Kraft einwirkung auf die geschädigte Region mit einer isolierten Verletzung, ausschliesslich der Deckplatte, als ereignisfern zu beurteilen sei. Dem Zeitargument, dass zwischen dem 30. Dezember 2016 und dem 29. August 2017 eine Deckplattenimpressionsfraktur stattgefunden habe, sei dabei nicht zu widersprechen, dies sei jedoch für die Kausalität nicht beweisend. Somit seien in der Echtzeitbefundung der konventionellen ap-Aufnahme weder eine Fraktur und/oder Weichteilschwellung respektive Traumafolgen im Bereich der HWS als auch im Bereich des BKW 1 und/oder des BKW 2 nachweisbar. Die MRI-Untersuchung 15 Tage nach dem Ereignis zeige eine isolierte Deckplattensinterungsfraktur, welche pathognomonisch für den Begriff Osteoporose stehe. Begleitverletzungen seien keine sichtbar und unwahrscheinlich, da selbst nach 14 Tagen noch sichtbare ligamentäre Veränderungen, wie Zerrungen, Zerreissungen

zu erwarten seien, die erfahrungsgemäss längere Zeit benötigen um vollständig abzuheilen. Bemerkenswert seien die im MRI HWS vom 29. August 2017 deutlich vorhandenen Bandscheibendegenerationen mit vorhandenen Diskushernien bei der zum Ereigniszeitpunkt 37-jährigen Beschwerdeführerin. In der Zusammenschau

seien die beklagten Beschwerden bei den gegebenen medizinischen Möglichkeiten in der natürlichen Kausalität überwiegend wahrscheinlich der relevanten chronischen psychiatrischen und degenerativen Veränderungen der HWS geschuldet. Die Deckplattensinterungsfraktur des 2. BKWs sei als ergebnisfern zu beurteilen und überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingt. 3.9

Im Austrittsbericht der Rehaklinik

H. ___ vom 23. August 2018 über den stationären Aufenthalt vom 2. bis 25. August

E. 17

keine Hämatome oder Weichteilschwellungen beschrieben worden seien, und entsprechend keine frische Fraktur vorhanden gewesen sei.

Korrekt sei zwar, dass bei einer Wirbelkörperfraktur Weichteilverletzungen, welche im MRI meist erkennbar seien, zu erwarten wären. Bei einer reinen Impressions- (Sinterungs-) Fraktur ohne Verletzung der Vorder- oder Hinterkante, wie dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, könnten Weichteilverletzungen weitgehend ausbleiben.

Es sei auch zu berücksichtigen, dass die MRI-Aufnahme 15 Tage nach dem Trauma erfolgte, womit auch ein erheblicher Teil von leichten Weichteilverletzungen bereits regressiert seien. Dieser Verlauf decke sich auch mit dem Verlauf des MRI vom 20. Januar 2018, welche

weiterhin eine Deckplattenimpressionsfraktur

von Th2 mit vollständiger Ausheilung bestätige und Aktivitätszeichen der Fraktur, wie im MRI vom 29. August 2017 nicht mehr vorhanden seien. Dies entspreche dem normalen Verlauf einer frischen Impressionsfraktur, was wiederum gegen die

Kausalitätsbeurteilung des Vertrauensarztes spreche. Zusätzlich liege ein MRI vom 30. Dezember 2016 der HWS vor und hier seien keine Frakturen vorhanden. Zumindest müsse somit davon ausgegangen werden, dass zwischen dem 30. Dezember 2016 und dem 29. August 2017 ein traumatisches Ereignis mit erheblicher Krafteinwirkung eingetreten sei. Abgesehen vom aktuellen Unfallereignis bestehen anamnestisch und aktenkundig sonst kein für eine Impressionsfraktur adäquates Unfallereignis. Es treffe auch nicht zu, dass der Status quo sine vier Wochen nach dem Unfallereignis vom 14. August 2017 eingetreten sei, nachdem der Vertrauensarzt selber die Diagnose einer HWS-Distorsion aufführe und es bekannt und erwiesen sei, dass es sich bei HWS-Distorsionen um einen Symptomenkomplex verschiedenster Ebenen handle. Der Verlauf sei je nach Verletzungsgrad und Patient höchst unterschiedlich. Von einem pauschal

vierwöchigen Verlauf auszugehen

und davon, dass der Vorzustand wieder erreicht

sei, entspreche weder der medizinischen Evidenz noch der allgemeinen Erfahrung.

Nach dem Unfallereignis vom 14. August 2017

E. 20

18 berichteten die Ärzte (Urk. 3/3), bei Eintritt klagte die Beschwerdeführerin über cervikalbetonte Schmerzen sowie Kopfschmerzen mit einer Intensität bis 8/10 auf der VAS (Schmerzskala), verstärkt bei Belastung und bestimmten Körperpositionen zum Teil verbunden auch mit Panikattacken. Allgemein sei die physische Belastbarkeit und die Lebensqualität reduziert. Zudem habe sie auch Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit.

Objektiv sei die Beschwerdeführerin in stabilem Allgemein- und normalem Ernährungszustand, allseits orientiert, kooperativ und kardiopulmonal stabil und kompensiert. In der klinischen Untersuchung zeige sie sich in der HWS und BWS eine leichte Druckdolenz der vertebrale und paraspinalen Muskulatur. Die Mobilität der HWS sei allseits schmerzbedingt eingeschränkt; vor allem für Rotation bei mässiger

Unsicherheit in In- und Reklination. Myogelosen seien im Bereich des Musculus trapezius und infraspinatus palpabel, welche unter Druck die

bekannten Schmerzen zum Teil auch auslösen könnten. Die BWS sei allgemein etwas hypomobil und es bestehe kein Stauchungsschmerz und kein Rüttelschmerz und neurologisch bestünden keine Ausfälle. 4. 4.1

Die Akten belegen, dass vor dem Unfallereignis vom 14. August 2017 ein funktionelles Hemisyndrom links, eine muskuläre Insuffizienz bei Dekonditionierung, ein psychogener

Symptomen-Komplex mit Überforderungszeichen und ein lumbospondylogenes Syndrom mit Spodylyse L5/S1 bekannt und behandlungsbedürftig waren (vgl. E. 3.1). Belegt ist auch, dass die bildgebenden Untersuchungen der HWS mittels Röntgen am Unfalltag keine Frakturen und unauffällige Verhältnisse der Weichteile zeigten (vgl. E. 3.2.2). Sodann waren bei der Beweglichkeitsprüfung der HWS

keine Schmerzen bei Flexion und Extension und auch kein Stauchungsschmerz zu verzeichnen, hingegen wurden

ein Ruheschmerz und Schmerzen bei Rechts- und Linksdrehung und Seitenneigung sowie paravertebrale Druckdolenz

angegeben (E. 3.2.3). Im Weiteren ist unbestritten, dass die im rund zwei Wochen nach dem Unfall am 29. August 2017 erstellten MRI auf Höhe C4 bis C7 gesehenen

leichten Bandscheibendegenerationen mit kleinen nicht neurokompressiven

Diskushernien als degenerative Erscheinungen in einem Vorzustand und nicht dem Unfallereignis zuzu schreiben sind. Uneins sind sich die Ärzte, ob die im gleichen MRI dargestellte « frische Deckplattenfraktur von Th2 bei erhaltener Wirbelkörperhinterkante » kausal dem Unfallereignis zugeordnet werden kann. Dies wird vom behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin primär mit der zeitlichen Nähe der Fraktur zum Ereignis bejaht (vgl. E. 3.7). Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin vertritt demgegenüber die Ansicht,

ein Bezug dieser

isolierten Fraktur zum Unfallereignis sei aufgrund des Unfallmechanismus und des

Fehlens von Begleitverletzungen anderer Strukturen ausgeschlossen, wobei unwidersprochen blieb, dass die Fraktur in einem früheren MRI vom 30. Dezember 2016 noch nicht vorhanden war (vgl. E. 3.8). 4.2

Die Relevanz des medizinischen

Expertenstreitigkeit relativiert sich insofern, als im MRI vom 22. Januar 2018 der zuständige Radiologe eine vollständige Restitutio der Deckplattenfraktur

— nunmehr als Deckplattenkompressionsfraktur von Th2 bezeichnet — mit nur noch einer minimalen Restwirbeldeformität von 5° festhalten konnte (E. 3.5). Zudem

konnte

der behandelnde Arzt Dr. Z._____

anlässlich seiner letzten Untersuchung vom 5. März 2018

eine Verbesserung der klinischen Situation aufzeigen, als die

aufgrund des Unfallereignisses initial ausgebaute Schmerzmedikation vollständig abgeschlichen werden konnte (Urk. 8/36/8 Ziff.

4). Damit ist ab diesem Zeitpunkt

von einer folgenlosen Ausheilung der fraglichen Fraktur auszugehen. 5.5.1

Gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgieen und

Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2011 vom 1. Dezember 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). Ähnlich entschied das Bundesgericht, wenn nach einer unfallbedingten Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme, vorbestehende Spondylarthrose, Spondylose oder eine andere degenerative Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch wird. Gestützt auf die unfallmedizinische Erfahrung wurde der Status quo sine nach sechs bis neun Monaten, längstens jedoch ein Jahr nach dem Ereignis als erreicht erachtet

(Urteil des Bundesgerichts 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Vertrauensarzt A.____ hielt zum Status quo sine fest, dieser sei vier Wochen nach dem Ereignis auf der Basis der ausgewiesenen Diagnose HWS-Distorsion erreicht (Urk. 8/27/6).

Den Akten ist zu entnehmen, dass bei der Frontalkollision bei beiden Fahrzeugen die Airbags ausgelöst wurden

und beide Fahrzeuge

einen Totalschaden erlitten. Im Weiteren ist aktenkundig, dass die Unfallverursacherin neben Prellungen und Schürfungen auch das Brustbein gebrochen hatte (vgl. Urk. 8/10.2). Die unfalltechnischen Abklärungen

ergaben sodann beim Aufprall

eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung beim Fahrzeug der Beschwerdeführerin von 20 bis 30

km/h (Urk. 8/12/3-5). Damit kann nicht auf ein Bagatellereignis geschlossen werden, sondern es ist von erheblichen Kräften auszugehen, die durch den Aufprall auf den Körper und die vorbelastete Wirbelsäule der Beschwerdeführerin eingewirkt haben. Die Erstuntersuchungen am Unfalltag zeigten denn auch bei der Beschwerdeführerin Schürfungen am linken Unterarm und ein Hämatom am linken Schlüsselbein (Clavicula; vgl. Urk. 8/8/3).

Die

Beurteilung

von A.____

weicht in diesem Zusammenhang vom

allgemein anerkannten Verlauf vor bestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne richtunggebende Veränderungen an der Wirbelsäule ab. 5.3

Bei

der im Zeitpunkt des Unfalls 37-jährigen Beschwerdeführer in lag unbestrittenmassen ein erheblicher, von der altersüblichen Progression abweichender degenerativer und behandlungsbedürftiger Vorzustand an der Wirbelsäule vor (vgl. E. 4.1). Damit sind unter Berücksichtigung der hiervor erwähnten Rechtsprechung (E. 5.1) Heilbehandlung und

Taggeld grundsätzlich während einem Zeitraum von sechs bis maximal zwölf Monaten zu erbringen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2008 vom 25. September 2008 E. 5.2 und 8C_408/2019 vom 16. August 2019 E. 3.3). Gründe, die ein Abweichen von diesem unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf rechtfertigen würden, lassen sich den Akten und insbesondere der Beurteilung des Vertrauensarztes

A. ___ nicht entnehmen. Auch setzte sich die Beschwerdegegnerin nicht mit der einschlägigen Rechtsprechung auseinander. Die bereits per 1. September 2017 und mithin nach vier Wochen erfolgte Leistungseinstellung war damit verfrüht. 5.4

Eine weitgehende Bestätigung des

unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlaufs

bei degenerativen Vorzuständen an der Wirbelsäule ergibt sich demgegenüber aus den Befunden von Dr. Z. ___, welcher die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Rückenleiden bereits vor dem Unfall behandelt hatte. Dieser konnte in seiner Untersuchung vom

5. März 2018 — knapp sieben Monate nach dem Unfall

—

festhalten, dass die aufgrund des Unfalls notwendige Schmerzmedikation zwischenzeitlich vollständig abgesetzt wurde (Urk. 8/36/8

Ziff. 4). Gestützt darauf und mit Blick auf den in der Rechtsprechung dargelegten medizinischen Wissensstand, wonach bei einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorgeschädigten Wirbelsäule angenommen wird, dass diese in der Regel nach sechs bis neun Monaten, und nur bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr, abgeklungen ist, ist die Festlegung des Status quo sine spätestens per 5. März 2018 als erreicht anzunehmen. In Bezug auf die Kausalität ist nicht mehr relevant ist hingegen die stationäre Behandlung vom 2. bis 25. August 2018 in die sich die Beschwerdeführerin begab, wobei sie über

cervikalbetonte Schmerzen, Kopfschmerzen und Panikattacken klagt (vgl. E. 3.9). Eine organische Komponente ist nicht erstellt. 5.5

Die Beschwerde ist demzufolge in dem Sinne teilweise

gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, die gesetzlichen Leistungen bis zum 5. März 2018 zu erbringen. 6.

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