

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00148

vom 24. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00148

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00148 du 24 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00148 del 24 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

).

Die Mobilier erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen, welche sie mit Verfügung vom 28.

Januar 2019 (Urk. 11/60-61) per 2. September 2018 einstellte. Die von der Versicherten dagegen

erhobenen Einsprachen (Urk. 11/64-65, Urk. 11/68-70,

Urk.

11/98-101) wies die Mobilier mit Einspracheentscheid vom 1. Mai 2019 ab (Urk. 11/102-113 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosse 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

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 An stellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherer 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 Beweismwürdigung 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

Mitte).

Am 18. Juni 2019 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin einen neuen Arztbericht (Urk. 7) ein.

Die Mobilis beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2019 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 8. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Am 14. August 2019 (Urk. 15) reichte die Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss

(vgl. Urk. 13) die von ihr in Aussicht gestellte Stellungnahme ihres beratenden Arztes zu dem von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztbericht ein (Urk. 16). Innert angesetzter Frist

liess sich die Beschwerdeführerin dazu nicht vernehmen (vgl. Urk. 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es mangle an einer organischen Läsion, anhand der sich eine unfallbedingte Schädigung mit anhaltenden Beschwerden begründen liesse. Darüber hinaus habe auch kein eigentliches buntes Beschwerdebild bestanden. Mehr als vorübergehende Beschwerden, mit deren Abklingen wenn nicht schon anfangs Juni so jedenfalls spätestens anfangs September 2018 wieder der Zustand bestanden habe, wie er auch ohne das Ereignis zu erwarten gewesen wäre, liessen sich mangels eines radikulären Syndroms und organisch nachweisbarer frischer Schäden nicht begründen (S. 11 lit. d). Im Übrigen wäre – aus näher dargelegten Gründen – klarerweise auch die Adäquanz weiterer somatischer wie auch allfälliger psychischer Beschwerden zu verneinen (S. 11 f. lit. i).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, die behandelnde Rheumatologin habe schlüssig dargelegt, weshalb keine degenerative, sondern eine traumatische Ursache für die gefundenen Veränderungen an der Halswirbelsäule angenommen werden müsse. Gemäss ihrer Einschätzung sei von einer durch den Unfall verursachten richtungsweisenden Verschlechterung eines allenfalls bereits leicht degenerativ veränderten Vorzustands auszugehen (S. 4 f. Ziff. 10). Zudem sei sie (die Beschwerdeführerin) nach Einschätzung ihres behandelnden Arztes bislang inadäquat behandelt worden, da fälschlicherweise vom Vorliegen einer Diskushernienproblematik ausgegangen worden sei. Das Unfallereignis habe jedoch ein Problem mit den Ligamenten hervorgerufen, was den derzeit noch bestehenden Therapiebedarf begründe (S. 5 Ziff.

11). Es lägen damit mehrere Berichte behandelnder Ärzte vor, welche die physiologisch nachweisbaren Veränderungen auf das Unfallereignis zurück führten (S. 5 Ziff. 12). Eventuell habe die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen in die Wege zu leiten, denn der Beweiswert der vertrauensärztlichen Beurteilung, auf welche sie sich stütze, sei – aus näher dargelegten Gründen – deutlich herabgesetzt (S. 6 Ziff. 14).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aus dem Unfallereignis vom 1. März 2018 über den 1. September 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat und damit insbesondere, wie es sich mit der Kausalität der über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden verhält. 3. 3.1

Gemäss Angaben im unfallanalytischen Gutachten vom 16.

Januar

2019 (Urk.

E. 7

-19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

/5/30-41) fuhr die Beschwerdeführerin am Morgen des 1. März 2018 bei Schneefall auf dem Normalstreifen der Autobahn. Als sie ihr Fahrzeug vor der Ausfahrt, an der sie abzufahren gedachte, stark abbremste, fuhr ein folgendes Fahrzeug mit der vorderen rechten Front linksseitig auf das Heck ihres Fahrzeugs auf (S. 2 unten, S. 3 unten, S. 9 unten). Die durch den (primären)

Heckanstoß bewirkte Geschwindigkeitsänderung (Δv) lag zwischen 13.4 und 19.4 km/h. Aufgrund der weiteren Schäden an den Fahrzeugen vermutete der Gutachter einen weiteren (nicht rekonstruierbaren) Anprall (Sekundärstoß), dessen Intensität er als deutlich geringer bezeichnete als die für den Primärstoß berechnete, wobei er eine allfällige „out of

position“ der Beschwerdeführerin nicht ausschliessen konnte (S. 1, S. 9). 3.2

Die Erstuntersuchung erfolgte am Unfalltag auf der Notfallstation des Z.____. Die dort durchgeführte Computertomographie (CT) des Neurokraniums

ergab keine intrakranielle Blutung und keinen Nachweis von Frakturen (Urk. 11/2/M3). In der durchgeführten Bildgebung der Brustwirbelsäule (BWS) waren ebenfalls keine Frakturen nachzuweisen (Urk.

11/2/M4).

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio -zervikal em Beschleunigungstrauma (Urk. 11/2/M2)

fürten die Ärzte des Z. ___ am 3. April 2018 aus, die Beschwerdeführerin habe unter anderem angegeben, sie habe den Kopf an der Kopfstütze angeschlagen. Sie sei auf die Kollision gefasst gewesen (Ziff. 2b). Sofort nach dem Unfall habe sie Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit verspürt und sie habe Erbrechen müssen. Nackenschmerzen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen habe die Beschwerdeführerin verneint (Ziff. 4).

Vor dem Unfall hätten behandlungsbedürftige Rückenbeschwerden bestanden (Ziff. 5). Beim Ausführen aktiver Bewegungen der Halswirbelsäule (HWS) habe die Beschwerdeführerin keine Schmerzen verspürt.

Im Bereich des

Brustwirbelkörpers (BWK) 7 sei paravertebral ein Druckschmerz zu erheben gewesen (Ziff. 6). Als vorläufige (Vordachts-) Diagnose (Ziff. 7) nannten die Ärzte

eine HWS-Distorsion Grad 0 gemäss

der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation (keine Nackenbeschwerden, keine somatischen Befunde) und attestierten der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 2. März 2018 (Ziff. 9) beziehungsweise bis 5. März 2018 (Urk. 11/2/AU1). 3.3

Dr. med.

A. ___ , praktische Ärztin , führte in ihrem Bericht vom 17. April 2018 (Urk. 11/2/M1) aus, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall Schwindel verspürt und zweimal Erbrechen müssen (Ziff. 3). Als Befund nannte sie eine Druckdolenz im Bereich von BWK

7 paravertebral sowie eine Druckdolenz im Bereich der Kalotte links temporo -okzipital (Ziff. 4). Die Therapie bestehe in Physiotherapie und Schmerztherapie (Ziff. 7). Die Beschwerdeführerin sei seit 1. März 2018 arbeitsunfähig, wie lange sei offen (Ziff. 8). 3.4

Am 30. Juni 2018 (Urk. 11/2/M5) berichtete Dr. A. ___ , die Beschwerdeführerin habe gleich nach dem Unfall kaum an Schmerzen gelitten. Erst im weiteren Verlauf hätten sich als Folge des Unfalls ausgeprägte Muskelverspannungen entwickelt, welche im Sinne von Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung

starke Beschwerden verursachten. Insgesamt zeige sich ein langsam bessernder Zustand. Es bestünden aber weiterhin muskuläre Verspannungen thorakal links, welche starke Schmerzen verursachten und sich bei Belastung deutlich verschlimmerten (Ziff. 4). Ab 1. Juli 2018 bestehe für die bisher ausgeübte Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit

(Ziff. 6, Ziff. 8). 3.5

Am 11. August

2018 berichtete Dr. med.

B. ___ , in der Praxis von Dr.

A. ___

(vorstehend E. 3.3) tätige Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 11/2/M6). Als Diagnose nannte sie ein leichtes Schädel-Hirntrauma und eine Prellung der Brustwirbelsäule (BWS) am 1. März 2018 mit Schockreaktion und Flashbacks. Zum Befund führte sie aus, initial sei die gesamte Wirbelsäule berührungsempfindlich und dolent gewesen. An der HWS sei nur eine geringe endgradige Bewegungseinschränkung mit weichem Stopp zu erheben gewesen. An der BWS sowie am Rippenthorax über allen unteren Rippen bis etwa C4 habe linksbetont eine

Dolenz bestanden. Nach wenigen Tagen sei eine starke lokale Drucksdolenz etwa im Bereich von BWK 8 und eine leichte Drucksdolenz von BWK 7 bis Halswirbelkörper (HWK) 7 sowie

am Nacken starke muskuläre Verspannungen zu erheben gewesen (Ziff. 1). Der Verlauf sei initial zäh gewesen mit persistierenden starken Schmerzen und Schlafstörungen. Ab Juli sei dann eine klare Besserung der Beschwerden zu verzeichnen gewesen (Ziff. 2). Am 2.

Juli 2018 habe die (ärztliche) Behandlung abgeschlossen werden können (Ziff.

7). 3.6

Am 28. November 2018 berichtete Dr. B.____ (Urk. 11/2/M7), der Heilverlauf sei gut, die Beschwerden seien jedoch noch nicht vollständig ausgeheilt (Ziff. 3). Als Befund zu erheben sei eine verspannte, schmerzhafte Nacken- und Rückenmuskulatur (Ziff. 1). Eine regelmässige ärztliche Behandlung sei nicht mehr nötig, zur Erhaltung der Schmerzfreiheit sei jedoch weiterhin eine regelmässige physiotherapeutische Behandlung indiziert (Ziff. 8). 3.7

Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, nannte in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2018

(Urk. 11/2/M8) als Diagnose einen Status nach Heckauffahrkollision ohne strukturellen Schaden der HWS und der BWS (Ziff. 1). Er führte aus, der Status quo ante sei spätestens sechs Monate nach der Kollision beziehungsweise per 31. August 2018 erreicht gewesen (Ziff. 4). 3.8

Am 12. Dezember 2018 (Urk. 11/2/M9/1) berichtete Dr. B.____ (vorstehend E. 3.5), leider bestehe auch mehr als sechs Monate nach dem Ereignis vom 1. März 2018 noch kein Status quo. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an schmerzhaften Muskelverspannungen, welche sich nach Belastungen verschlimmerten und zu den Schlafstörungen führten. Erfreulicherweise sei sie trotz der genannten Beschwerden seit dem 2. Juli 2018 wieder lückenlos erwerbstätig. Um dies zu erhalten, sei zwingend notwendig, dass sie weiterhin regelmässig Physiotherapie durchführe und punktuelle medizinische Konsultationen wahrnehme. 3.9

Am 3. Januar 2019 erstattete Dr. C.____ (vorstehend E. 3.8) ein Aktengutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11/2/M10). Zur Frage der Kausalität der geklagten gesundheitlichen Störungen führte er aus, bei der Erstbehandlung im Vordergrund gestanden hätten nicht - wie normalerweise zu erwarten

zervikale Beschwerden, sondern paravertebrale Beschwerden auf der Höhe von BWK 7. Bei der Überprüfung der HWS-Beweglichkeit (anlässlich der Erstbehandlung) habe die Beschwerdeführerin keine Schmerzen angegeben, es habe lediglich eine leichte Rotationseinschränkung bestanden. Der angegebene Schwindel und das Erbrechen lägen

sodann im Rahmen einer normalen physiologischen/vegetativen Reaktion auf das Ereignis. Die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung könnte nicht gestellt werden, da weder hierfür erforderliche Bewusstseinstörungen noch eine retro- oder anterograde Amnesie vorgelegen hätten (S. 7 Ziff. 3).

Im Vordergrund hätten während über neun Monaten muskulär bedingte Rückenbeschwerden gestanden. Diese könnten nur für wenige Wochen

als unfallbedingt erachtet werden. Eventuelle durch die Kollision verursachte Mikrohämatomate resorbierten innerhalb weniger Tage/ Wochen vollständig. Mit einer inaktivitäts bedingten Schonhaltung hätten sich theoretisch muskuläre Dysbalancen entwickelt haben können. Diese seien physiotherapeutisch behandelt prinzipiell reversibel. Spätestens nach drei Monaten müsse von einem Status quo ante ausgegangen werden, dies auch entsprechend der Literatur (S. 7 f. Ziff. 3). Weiter bestehende Beschwerden seien ab dem 2. September 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 1. März 2018 zurückzuführen (S.

8 Ziff.

4). Die Behandlungsmassnahmen würden ausschliesslich mit «muskulären Verspannungsschmerzen» begründet. Für diese bestehe jedoch kein unfall bedingtes anatomisches Substrat. Behandelt würden Beschwerden, die nicht mehr ausreichend mit dem Unfall begründbar seien (S. 8 Ziff. 5). 3.10

Am 25. Januar 2019 (Urk. 11/2/M 11) berichtete Dr. med. D.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, anlässlich

ihrer Erstuntersuchung der Beschwerdeführerin am 15. Januar 2019 hätten sich einerseits zervikale aber auch thorakale Beschwerden gefunden. In den neu erstellten Röntgenbildern seien im Bereich der BWS weiterhin keine Fraktur und keine degenerativen Veränderungen ersichtlich gewesen. Im Bereich der HWS fänden sich aber eine ausgeprägte Osteochondrose mit Knickbildung und beginnenden Retrospondylophyten auf Höhe C4/5. Da im Z.____ leider keine Bildgebung der HWS angefertigt worden sei, könne nicht beurteilt werden, ob diese unfallkausal seien, oder ob sie schon vorbestanden hätten. Normalerweise träten aber degenerative Veränderungen in den Segmenten C5 bis C7 auf, sodass ihrer Meinung nach doch mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer richtungsweisen Veränderung ausgegangen werden müsse, zumal bis vor dem Unfall nie Schmerzen im Bereich der HWS und der BWS bestanden hätten, und in den unteren HWS-Segmenten, wo normalerweise Abnützungserscheinungen vorhanden seien, gute Verhältnisse bestünden. 3.11

Die am 1. Februar 2019 im E.____ durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS inklusive kraniozervikalem und zervikothorakalem Übergang (Urk. 11/2/M12) ergab gemäss Beurteilung des Radiologen Folgendes: - Streck- beziehungsweise leichte Kyphosefehlstellung der HWS - mässiggradige

Osteochondrose C4/5 mit geringgradigen ödematösen Endplattenveränderungen (Modic I) sowie zirkuläre

Protrusion der Bandscheibe mit Impression des Duralsacks beziehungsweise leichter Impression der ventralen Myelonkontur ohne Nachweis einer Myelopathie - mässiggradige

Foraminalstenose C4/5 links mit möglicher foraminaler Affektion der C5- Nervenwurzel links ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression - mässiggradige

Spondylarthrose C4/5 beidseits - leichtgradige Spondylarthrosen C3/4 beidseits, C5/6 beidseits und C6/7 beidseits - kein Nachweis einer Fraktur an der Vorderkante von HWK 6. 3.12

In ihrem

Schreiben an den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin vom 12.

Februar 2019 (Urk. 11/2/M13) bekräftigte

Dr. D.____

(vorstehend E. 3.10) ihre Auffassung, wonach die in den neusten Bildgebungen der HWS objektivierten Veränderungen unfallkausal seien. 3.13

PD Dr. med.

F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, führte in seinem Bericht an Dr. D.____ vom 28. März 2019 (Urk. 11/2/M14) aus, er habe der Beschwerdeführerin einen Therapieschein für eine relordosierende Stabilisationsgymnastik

mitgegeben. Die plurietafere

Diskopathie der HWS sei zweifellos mehrjährig in Entwicklung, sodass diese nicht unfallkausal sei beziehungsweise nicht durch das Ereignis im Frühjahr 2018 erklärt werden könne. 3.14

Dr. med.

G.____, H.____, berichtete am 4. Juni 2019 über am 7. Mai und 4. Juni 2019 erfolgte Konsultationen (Urk. 7) und nannte folgende Diagnose (S. 1): - cerviko-thorako- und lumbovertebrales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung links zervikal bei Hypermobilitätssyndrom mit segmentalen Dysfunktionen intervertebral und costovertebral - Wirbelsäulenfehlstatik (abgeflachte BWS-Kyphose) mit Haltungsinuffizienz thorakal und abdominal - Status nach HWS-Distorsionstrauma anlässlich Autounfall vom 1. März 2018.

Dr. G.____ führte aus, die zervikale Symptomatik habe nach dem HWS-Distorsionstrauma anlässlich des Autounfalls vom 1. März 2018 begonnen und sei seither nie vollständig abgeklungen. Dabei seien die segmentalen Dysfunktionen als Ursache der Beschwerden wahrscheinlich nie korrekt diagnostiziert worden, sondern es sei nur auf die Morphologie im MRI abgestellt worden, die für die Beschwerden jedoch nicht relevant sei. Die beschriebenen Diskusprotrusionen seien als Zeichen der zugrundeliegenden Hypermobilität zu interpretieren. Die unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung eines pathologischen Vorstands (Hypermobilitätssyndrom, Haltungsinuffizienz) dürfte unter den vorgeschlagenen Therapien (manuelle Mobilisation der ganzen Wirbelsäule, Infiltrationen, Instruktion von Kräftigungsübungen) spätestens in vier Monaten, mithin Ende August 2019, abgeschlossen sein (S. 2 Mitte). 3.15

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner

Stellungnahme vom 8. August 2019 (Urk. 16) aus, in der Folge des Ereignisses vom 1. März 2018 hätten an der gesamten Wirbelsäule zu keinem Zeitpunkt strukturell-traumatische Läsionen nachgewiesen werden können und es hätten sich auch weder eine radikuläre Schmerzsymptomatik noch neurologische Defizite belegen lassen (S. 2 unten). In Kenntnis der vielen verschiedenen Ursachen einer Hypermobilität erscheine eine unfallbedingte Auslösung einer solchen so dann höchstens möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Dr.

G.____ habe auch eine Haltungsinsuffizienz der BWS und der LWS festgestellt, was gegen eine lokale Hypermobilität spreche und eher eine generalisierte Hypermobilität impliziere, die alle Bereiche des Bewegungsapparates der Beschwerdeführerin betreffe. Eine unfallbedingte Verursachung trete somit in den Hintergrund (S. 3 Mitte).

Hinsichtlich segmentaler zervikaler Dysfunktionen seien in der medizinischen Literatur viele verschiedene Ursachen bekannt. In Frage käme vor allem die bandscheibenbedingte Erkrankung der zervikalen Segmente. Den Aussagen von Dr. G.____ mangle es an einer kritischen Auseinandersetzung über die mögliche Auslösung der segmentalen Dysfunktionen im Sinne konkurrierender Erkrankungen (S. 3 unten). In Bezug auf die Diskopathie könne bei vollständigem Fehlen einer zeitnahen radikulären Symptomatik beziehungsweise neurologischer Defizite auch keine vorübergehende Verschlimmerung angenommen werden (S.

4 oben). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die am Unfalltag durchgeführten Bildgebungen (CT des Neurokraniums, Röntgenuntersuchung der BWS) keine traumatischen Befunde ergaben (vorstehend 3.2). Die behandelnde Dr. A.____ berichtete im April 2018 (vorstehend E. 3.3) von einer Druckdolenz im Bereich von BWK 7 sowie einer Druckdolenz im Bereich der Kalotte links temporo-occipital, und im Juni 2018 (vorstehend E. 3.4) von (erst im Verlauf) aufgetretenen ausgeprägten Muskelverspannungen. Im August 2018 berichtete Dr. B.____ (vorstehend E. 3.5) überdies, dass nach wenigen Tagen (auch) eine ausgeprägte Druckdolenz etwa im Bereich von BWK 8 bestanden habe und bestätigte starke muskuläre Verspannungen am Nacken. Ab Juli 2018 beschrieb sie jedoch eine klare Besserung der Beschwerden und hielt fest, dass die ärztliche Behandlung abgeschlossen werden könne. Im November 2018 (vorstehend E. 3.6) berichtete sie abermals von einem guten Heilverlauf, wobei noch eine verspannte, schmerzhafte Nacken- und Rückenmuskulatur zu erheben gewesen sei. Eine regelmäßige Behandlung erachtete sie (weiterhin) als nicht mehr notwendig. Dementsprechend hatte Dr. A.____ der Beschwerdeführerin bereits im Juni 2018 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für die bisher ausgeübte Tätigkeit ab 1.

Juli 2018 attestiert (vorstehend E. 3.4).

In Kenntnis dieser Aktenlage ging der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. C.____, in seiner Stellungnahme vom Dezember 2018 (vorstehend E. 3.7)

von einem spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis erreichten Status quo ante aus. Er verneinte das Vorliegen (unfallbedingter) struktureller Schäden an der HWS und der BWS, was im Einklang mit der Rechtsprechung steht, wonach von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 248 E.

5.1), und dass klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenz im Nacken oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit nicht auf ein klar fassbares unfall bedingtes organisches Korrelat der geklagten Beschwerden schliessen lassen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_46/2010 vom 26. April 2010 E. 4.3).

Diese Einschätzung bestätigte Dr. C.____ in seinem Aktengutachten vom Januar 2019 (vorstehend E. 3.9), welches er erstattete, nachdem Dr. B.____ im Dezember 2018 von anhaltenden schmerzhaften Muskelverspannungen berichtet

und das Erreichen eines Status quo verneint hatte (vorstehend E. 3.8).

In seinem Akten gutachten legte Dr. C.____

nachvollziehbar dar, dass eventuelle, durch die Kollision verursachte Mikrohämatome innerhalb weniger Tage/Wochen vollständig resorbierten und allfällige durch eine Schonhaltung hervorgerufene muskuläre Dysbalancen physiotherapeutisch behandelt prinzipiell reversibel seien. Unter Bezugnahme auf die Literatur erachtet er den Status quo ante nunmehr gar bereits als drei Monate nach dem Unfallereignis erreicht und bezeichnete er die behandelten Beschwerden nachvollziehbar als nicht mehr ausreichend mit dem Unfall begrundbar. 4.2

Die von Dr. D.____ im Januar 2019 veranlasste Bildgebung der BWS ergab wiederum keine Fraktur und auch keine degenerativen Veränderungen. Mittels Röntgenuntersuchung der HWS wurde indes eine ausgeprägte Osteochondrose mit Knickbildung und beginnenden Retrospondylophyten auf Höhe C4/5 objektiviert (vorstehend E. 3.10). Die MRI-Untersuchung der HWS vom Februar 2019 (vorstehend E. 3.11) ergab im Wesentlichen

eine Fehlstellung der HWS, eine mässiggradige

Osteochondrose C4/5 mit einer Bandscheibenproblematik sowie unterschiedlich ausgeprägte Foramina- beziehungsweise Spinalarthrosen

C3 bis C7.

Die Beschwerdeführerin machte geltend, die objektivierten Veränderungen an der HWS seien traumatischer Natur beziehungsweise es handle sich gemäss Beurteilung durch Dr. D.____

(vgl. vorstehend E. 3.10, E. 3.12) um eine richtungsweisende Verschlechterung

eines allenfalls bereits leichten degenerativen Vorzustands (vorstehend E. 2.2). Dem entgegenzuhalten ist vorab die Beurteilung des Wirbelsäulenchirurgen PD Dr. F.____, welcher in seinem Bericht vom März 2019 (vorstehend E. 3.13) die plurietaagere

Diskopathie der HWS als zweifellos mehrjährig in Entwicklung bezeichnete und eine Unfallkausalität verneinte. Gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung durch Dr. I.____ (vorstehend E. 3.15) ist dies bezüglich bei vollständigem Fehlen einer zeitnahen radikulären Symptomatik beziehungsweise neurologischer Defizite auch nicht von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Abgesehen davon erschöpft sich die von der behandelnden Rheumatologin und Internistin Dr. D.____ zur Begründung der Unfallkausalität hauptsächlich angeführte Beschwerdefreiheit im Bereich der HWS und der BWS bis zum Unfallereignis in der beweisrechtlich nicht zulässigen 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. Diese vermag zum Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Im MRI vom Februar 2019 waren sodann

(auch) Abnützungserscheinungen in Form von – wenn auch nur leichtgradigen – Spondylarthrosen C5/6 beidseits und C6/7 beidseits zu objektivieren, weshalb die Begründung von Dr. D.____, gute Verhältnisse in den unteren HWS-Segmenten sprächen mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine richtungsweisende Veränderung, ebenfalls nicht überzeugt. Bei der Würdigung der Berichte von Dr. D.____ gilt es schliesslich nicht zuletzt der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.3

Gemäss der Beurteilung durch Dr. G.____

(vorstehend E. 3.14) sei ein Hypermobilitätssyndrom mit

segmentalen Dysfunktionen die Ursache für die Beschwerden der Beschwerdeführerin. Er vertrat die Auffassung, dass der Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines pathologischen Zustands in Form eines Hypermobilitätssyndroms und einer Haltungsinsuffizienz geführt habe.

Ausser der sich in der Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc » erschöpfenden Aussage, wonach die zervikale Symptomatik nach dem HWS-Distorsionsraumabegonnen habe und seither nie verschwunden sei, findet sich im Bericht von Dr. G.____ keine Begründung für die von ihm postulierte Unfallkausalität. Dass und inwiefern es bezüglich der Hypermobilität und insbesondere auch der Haltungsinsuffizienz aufgrund des Unfallereignisses zu einer Verschlimmerung gekommen sein soll, ist nicht ersichtlich, zumal betreffend die Diskusprotrusionen, die gemäss Dr. G.____ als Zeichen der Hypermobilität zu sehen seien, klinisch zu keinem Zeitpunkt eine Symptomatik zu erheben war. Insbesondere wurde auch seitens Dr. G.____ das Bestehen peripherer radikulärer Ausfallsbefunde verneint (Urk. 7 S. 1 unten). Im Übrigen wies Dr. I.____ in seiner Stellungnahme vom August 2019 (vorstehend E. 3.15) darauf hin, dass als Ursachen segmentaler zervikaler Dysfunktionen auch viele auf ein Krankheitsgeschehen zurückzuführende Ursachen, vor allem die bandscheibenbedingte Erkrankung der zervikalen Segmente, in Frage kämen, mit welchen sich Dr. G.____ nicht auseinandergesetzt habe. 4.4

Vor dem Hintergrund dieser Aktenlage steht fest, dass das Vorliegen natürlich kausaler organischer Unfallfolgen nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Von weiteren Abklärungen sind keine massgebenden neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb von der in der Beschwerde eventualiter beantragten Rückweisung abzusehen ist. 4.5

Zu prüfen bleibt, ob in Bezug auf den Unfall vom 1. März 2018 von einem erlittenen Schleudertrauma der HWS auszugehen ist. Dies erfordert nebst der entsprechenden medizinischen Diagnose das Vorliegen eines für solche Verletzungen typischen Beschwerdebildes (vgl. vorstehend E. 1.2). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts

müssen sich Nackenbeschwerden innert einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall manifestieren, damit der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis bejaht werden kann (Urteil des Bundesgerichts U 418/06 und U 420/06 vom 29. März 2007 E. 5.4.1), wobei es genügt, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (Urteil des Bundesgerichts U 336/06 vom 30. Juli 2007 E. 5.1).

Anlässlich der Erstuntersuchung im Z.____ verneinte die Beschwerdeführerin Nackenbeschwerden. Dementsprechend nannten die Ärzte als (Verdachts-) Diagnose auch lediglich eine HWS-Distorsion Grad 0 (vorstehend E. 3.2). Die behandelnde Ärztin Dr. A.____ erwähnte sodann weder in ihrem Bericht vom 17.

April 2018 (vorstehend E.

3.3) noch in ihrem Bericht vom 30.

Juni

2018 (vorstehend E. 3.4) Nackenbeschwerden. Dass sich bei der Beschwerdeführerin innert der geforderten Latenzzeit von höchstens 72 Stunden Nackenbeschwerden manifestiert hätten, ist durch die echtzeitlichen medizinischen Akten damit nicht belegt und bereits deshalb ist fraglich, ob vom Vorliegen eines Schleudertraumas der HWS auszugehen ist. Insbesondere fehlt es aber auch an einem für diese Verletzung typischen bunten Beschwerdebild. Wie bereits Dr. A.____

im Juni 2018 (vorstehend E.

3.4),

be schrieb auch Dr. B.____

in ihrem Bericht vom Dezember 2018 (vorstehend E.

3.8) einzig schmerzhaft muskuläre Verspannungen. Dr. D.____ berichtete im Januar 2019 (vorstehend E. 3.10) lediglich von zervikalen und thorakalen Beschwerden und auch den Berichten von PD Dr. F.____ (vorstehend E. 3.13) und Dr. G.____ (vorstehend E. 3.14) sind keine Befunde zu entnehmen, die auf das Vorliegen des typischen Beschwerdebilds hindeuten würden. Dr. G.____

führte in der Anamnese vielmehr einzig eine Nackenverspannung mit teils Kopfschmerzen okzipital und Ausstrahlung teils in den linken Arm an (Urk. 7 S. 1 unten). Damit handelt es sich bei der anlässlich des Unfalls vom 1. März 2018 zugezogenen Verletzung nicht um ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule. 4.6

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Auffahrunfall vom 1. März 2018 und den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden spätestens anfangs September 2018 als nicht mehr gegeben erachtete und ihre Leistungspflicht ab dem 2. September 2018 verneinte. Damit erübrigen sich Erwägungen zur adäquaten Kausalität. Die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft 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
Mosimann
Barblan

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