

200 11 322 UV  
KNB/ZID/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Dezember 2015**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. März 2011 (E 2557/10)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1959 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit Oktober 2008 bei der C. \_\_\_\_\_ als ... angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 16. Februar 2010 erlitt sie einen Auffahrunfall (Akten der SUVA [act. II{A}] 1 ff.). In der Folge war sie arbeitsunfähig (act. II 4, 18 f., 28, 30). Nach einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai bis 15. Juni 2010 (act. II 46) wurde eine etappenweise Wiederaufnahme der bisherigen Erwerbstätigkeit angestrebt (act. II 47, 49), was aber an von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen (act. II 50; act. IIA 51, 57 f.) und letztlich an der von der Arbeitgeberin am 5. Juli 2010 per 30. September 2010 ausgesprochenen Kündigung mit sofortiger Freistellung scheiterte (act. IIA 58 f.).

### **B.**

Im Nachgang zu einer kreisärztlichen Untersuchung am 5. August 2010 (act. IIA 62) orientierte die SUVA mit Schreiben vom 6. August 2010 über die Beendigung der Taggelderleistungen per 9. August 2010 (act. IIA 68) und verfügte am 23. August 2010 den Fallabschluss und die Einstellung der (weiteren) Versicherungsleistungen per 30. September 2010. Sie begründete dies damit, die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und bei bald nach dem Unfall im Vordergrund stehender psychischer Problematik sei die Adäquanz gestützt auf BGE 115 V 133 zu verneinen; infolgedessen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (act. IIA 72).

Die Versicherung E. \_\_\_\_\_ erhob dagegen vorsorglich Einsprache (act. IIA 76), zog diese dann aber wieder zurück (act. IIA 78).

Die von der Versicherten erhobene Einsprache (act. IIA 80) wies die SUVA mit Entscheid vom 2. März 2011 (act. IIA 89) ab.

**C.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 4. April 2011 Beschwerde. Sie beantragte in erster Linie die Rückweisung der Sache an die SUVA, verbunden mit der Anweisung, dass sich diese der laufenden interdisziplinären Begutachtung in der MEDAS, veranlasst durch die Haftpflichtversicherung F.\_\_\_\_\_, anzuschliessen habe. Während dieser Abklärungsphase, mithin bis zum Gerichtsentscheid, habe die SUVA die vollen Leistungen weiterhin auszurichten. Eventualiter sei das Verfahren bis zum Vorliegen des MEDAS-Gutachtens zu sistieren, allenfalls bis zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Subeventualiter wurde um Zuerkennung einer Rente und einer Integritätsentschädigung nachgesucht. In formeller Hinsicht wurde schliesslich die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung beantragt, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der SUVA. Mit Eingaben vom 14. April, 26. April und 3. Mai 2011 reichte die Beschwerdeführerin diverse Unterlagen nach (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 12 ff.).

Mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit weiteren Eingaben vom 19. Oktober 2011, 19. Januar 2012, 19. Juni 2012 und 10. September 2012 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen nach (act. I 16 ff.). Dabei beantragte sie, es seien von ihrer Einzel-Krankentaggeldversicherung, der G.\_\_\_\_\_, die vollständigen Akten beizuziehen und diese sei als Nebenintervenientin in das Verfahren einzu beziehen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. März 2013 nahm der Instruktionsrichter das seit Eingang der Beschwerdeantwort faktisch sistierte Verfahren wieder auf und setzte der Beschwerdeführerin – welche weitere/neue medizinische Berichte ansonsten jeweils umgehend eingereicht und eventualiter eine Sistierung beantragt hatte (vgl. Eventualantrag gemäss Rechtsbe-

gehren Ziff. 2.a in der Beschwerde) – Frist zur Einreichung des nunmehr wohl vorliegenden MEDAS-Gutachtens. Auf deren Fristerstreckungsgesuch hin edierte er die Haftpflichtakten direkt bei der F.\_\_\_\_\_ (Akten der F.\_\_\_\_\_ [act. III, IIIA und IIIB]) und die IV-Akten bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB; Akten der IVB [act. IIIC und IIID]).

Mit Replik vom 9. August 2013 reichte die Beschwerdeführerin insbesondere eine Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, vom 10. Juli 2013 (act. I 23) ein und beantragte, (1.) es sei gerichtlich festzustellen, dass das MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2011 (act. IIIB, unpaginiert) für die sich vorliegend stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen beweisrechtlich ohne Relevanz sei und entsprechend auch nicht verwertet werden könne, (2.) es sei gestützt auf BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5 S. 262 ein Gerichtsgutachten (inkl. Technische Unfallanalyse gemäss U.\_\_\_\_\_-Empfehlung vom 28. März 2010 [vgl. act. II 27]) zu erstellen, und (3.) es sei die Beschwerdegegnerin gerichtlich zu verpflichten, die Honorarkosten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ für die Stellungnahme vom 10. Juli 2013 (vgl. act. I 24) zur Bezahlung zu übernehmen. Im Nachgang hierzu reichte sie am 13. August 2013 nebst weiteren Unterlagen (act. I 26 ff.) eine Ergänzung der Replik ein. Die allfällige Weigerung des angerufenen Gerichts, die im vorliegenden Fall aufgeworfenen komplexen medizinischen Fragen einer fachärztlich-gutachterlichen Klärung zuführen zu lassen, würde von der Beschwerdeführerin als Rechtsverweigerung und aktive Beweisvereitelung verstanden.

Die Beschwerdegegnerin duplizierte mit Eingabe vom 18. Dezember 2013.

Mit Einschreiben vom 6. Januar 2014 edierte der Instruktionsrichter von der G.\_\_\_\_\_ die Akten (Akten der G.\_\_\_\_\_ [act. IIIE und IIIF]) und gab ihr Gelegenheit zur Einreichung einer allfälligen Stellungnahme. Mit Eingabe vom 29. Januar 2014 teilte die G.\_\_\_\_\_ mit, als Privatversicherer könne sie nicht zum Verfahren nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) beigegeben werden; hinzu komme, dass das Unfallrisiko ausgeschlossen gewesen sei und krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten nicht ausgewiesen worden seien.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. April 2014 schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und bot der Beschwerdeführerin die Möglichkeit für Schlussbemerkungen. Unter Beilage mehrerer Unterlagen (act. I 30 ff.) kam die Beschwerdeführerin dem mit Eingabe vom 1. Juli 2014 nach. Darin stellte sie verschiedene Verfahrensanträge, die mit prozessleitender Verfügung vom 10. Februar 2015 vom Instruktionsrichter abgewiesen wurden.

Mit Eingabe vom 10. April 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine ausführliche Schlussbemerkung.

Mit Eingabe vom 15. Juli 2015 stellte die Beschwerdeführerin weitere umfangreiche Feststellungs- und Verfahrensanträge, die mit prozessleitender Verfügung vom 30. Juli 2015 vom Instruktionsrichter abgewiesen wurden.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. August 2015 wurde die öffentliche Schlussverhandlung angesetzt.

Mit Eingabe vom 19. August 2015 ersuchte die Beschwerdeführerin um Beantwortung zweier Fragen zur Häufigkeit von Adäquanzentscheiden einerseits und zur Bejahung derselben andererseits; gleichzeitig ersuchte sie um Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des von der IVB beabsichtigten neuro-otologischen Teilgutachtens. Mit prozessleitender Verfügung vom 28. August 2015 bezeichnete der Instruktionsrichter die gestellten Fragen als nicht prozessrelevant und wies den Antrag auf Verfahrenssistierung ab.

Mit Eingabe vom 4. September 2015 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf eine Teilnahme an der Schlussverhandlung verzichte.

Anlässlich der Schlussverhandlung vom 13. Oktober 2015 bestätigte Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ im Namen der Beschwerdeführerin vorab die beantragte Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids. Sodann stellte er weitere Anträge (vgl. Protokoll der Schlussverhandlung vom 13. Oktober 2015) und nahm im Rahmen des Plädoyers hierzu Stellung. Bei dieser Gelegenheit reichte er eine ergänzte Kostennote ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 2. März 2011 (act. IIA 89). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des Ereignisses vom 16. Februar 2010 über den 30. September 2010 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

Die Beschwerdeführerin macht vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. eine Verletzung der Begründungs- und Substanziierungspflicht im angefochtenen Einspracheentscheid (act. IIA 89) geltend. Sie beanstandet, zum einen werde die Behauptung, wonach die beantragte technische Unfallanalyse keine weiteren Aufschlüsse zu vermitteln vermöge, weder begründet noch mittels geeigneten Beweisen belegt (Beschwerde, S. 4), zum anderen setze sich die Beschwerdegegnerin mit den Erkenntnissen des Gutachtens von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (act. I 23) in keiner Weise auseinander (Beschwerde, S. 5).

**2.1** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Juli 2014, 8C\_834/2013, E. 5.1).

**2.2** Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentli-

chen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** Vorliegend wurde die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Beweisanträgen gehört und die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid (act. IIA 89) auch aus, warum sich diese ihrer Meinung nach erübrigten. Eine Gehörsverletzung ist unter diesen Umständen zu verneinen. Soweit die Beschwerdeführerin mit ihren Einwänden eine Verletzung der Pflicht zur vollständigen und richtigen Sachverhaltsfeststellung geltend macht, handelt es sich nicht um eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern um eine Frage der materiellen Richtigkeit der Verfügung bzw. des Einspracheentscheides, welche nachfolgend zu prüfen ist (vgl. E. 4 nachfolgend).

### **3.**

**3.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**3.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person

beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**3.3** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

**3.3.1** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die

Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

**3.3.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur

psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2).

Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (Entscheid des BGer vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 2.2).

Die Diskussion der Frage, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, kann unterbleiben, wenn der Kausalzusammenhang auch nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; Entscheid des BGer vom 17. Juni 2010, 8C\_248/2010, E. 3.3).

**3.4** Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine

gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

**3.4.1** Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

**3.4.2** Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

**3.4.3** Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erschei-

nen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359

E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

**3.5** Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt (vgl. E. 3.4 hier-  
vor).

In Präzisierung der Rechtsprechung hat das Bundesgericht den Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 117 V 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109, E. 10.2 S. 127 und E. 10.3 S. 130, neu gefasst, wobei die Aufzählung der Kriterien abschliessend ist:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

**3.6** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**3.7** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

#### **4.**

**4.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 16. Februar 2010 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiavor) erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat entsprechende

Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 30. September 2010 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen. Die massgeblichen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**4.1.1** Zum Vorzustand finden sich insbesondere folgende Angaben (act. IIA 54):

- Gemäss Bericht vom 5. April 2007 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ atypische Gesichtsschmerzen links, einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und einen Verdacht auf psychosoziale Problematik. Er habe eine weinende, depressiv wirkende Patientin in gutem Allgemeinzustand angetroffen; je nach Bedarf erscheine eine psychologische/psychiatrische Unterstützung bzw. Gesprächstherapie beim Hausarzt betreffend möglichem Mobbing am Arbeitsplatz angezeigt.
- Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, behandelte die Beschwerdeführerin in Abwesenheit des Hausarztes vom 20. bis 28. September 2007 wegen spontan aufgetretener Kreuzschmerzen und verordnete in diesem Zusammenhang wegen harzigen Verlaufs trotz Spritzen und Medikamenten Physiotherapie.
- Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fand anlässlich einer Untersuchung vom 7. Juli 2009 wegen anfallsartig auftretenden Episoden keinen eindeutigen Anhalt für ein cerebrales Anfallsleiden. Auch gemäss Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, konnte die Ursache der kurzdauernden, sehr kurzen Schwindelattacken – u.a. unter Hinweis auf Dr. med. K. \_\_\_\_\_ – nicht mit Sicherheit festgestellt werden (Kurzbericht vom 12. Mai 2010). Die Prüfung der Vestibularisfunktion sei unauffällig gewesen. Im Mai 2009 sei eine leichtgradige Hochton-Perzeptionsschwerhörigkeit rechtsbetont festgestellt worden; bei subjektiver Beeinträchtigung sei eine Hörgeräteanpassung versucht, wegen mangelndem Erfolg jedoch abgebrochen worden. Die letzte Konsultation habe am 6. Mai 2009 stattgefunden.

- Der Hausarzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, weist im Bericht vom 15. Mai 2010 darauf hin, dass er die Beschwerdeführerin nach längerer Konsultationspause am 12. Oktober 2009 wegen seit ca. sechs Monaten bestehender rezidivierender depressiver Symptomatik mit auffälliger Affektinkontinenz, morgendlichen Anlaufschwierigkeiten, Ess-Attacken mit entsprechender Gewichtszunahme wieder gesehen habe. Er habe sie hochdosiert mit Johanniskraut behandelt. Bei der Kontrolle vom 10. November 2009 sei es ihr diesbezüglich gut gegangen. Am 6. Februar 2010 habe sie sich wegen subakut aufgetretenen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl gemeldet. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen, allerdings sei der Blutdruck deutlich erhöht gewesen. Bei gleichzeitig bestehender beruflicher psychischer Belastungssituation habe er ihr kurzfristig Lexotanil in Reserve verordnet. Bei einer Nachkontrolle vom 8. Februar 2010 sei sie von Seiten des Schwindels und der Kopfschmerzen wieder beschwerdefrei gewesen.

**4.1.2** Gemäss ambulantem Bericht der Ärzte der Notfallstation des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2010 (act. II 16/3 f.) erlitt die Beschwerdeführerin am 16. Februar 2010 eine HWS-Distorsion nach Auffahrunfall, wobei sie (bzw. ihr Personenwagen) stehend von einem Fahrzeug von hinten angefahren worden sei. Dabei sei es zu einer Vorwärts- und Rückwärtschleuderbewegung des Kopfes gekommen. Sie habe sich wohl gefühlt, keine Nausea, kein Vomit, weshalb sie nach Hause gefahren sei. 45 Minuten nach dem Auffahrunfall habe sie aufgrund massiver Nacken- und Kopfschmerzen den Rettungsdienst alarmiert; auf der Notfallstation habe sie über starken Drehschwindel geklagt. Gemäss Röntgen hätten keine Hinweise für ossäre Läsionen bestanden. Es sei eine Analgesie mittels Ponstan und Dafalgan eingeleitet worden. Nach komplikationsloser Überwachung und unauffälligen Röntgenbefunden sei sie in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

Gemäss Verlaufsbericht des Spitals N. \_\_\_\_\_ (act. II 16/1) seien am Morgen des 17. Februar 2010 Übelkeit und Schwindel aufgetreten; dazu habe die Beschwerdeführerin einmalig erbrochen. Anlässlich der Auffahr-

kollision sei es zu keinem Kopfanprall gekommen. Sie habe die verschriebene Medikation regelmässig eingenommen. Ein Tinnitus liege nicht vor.

Anlässlich einer Vorstellung im Spital N. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2010 (act. II 16/1 f.) teilte die Beschwerdeführerin mit, persistierend an einem Schwankschwindel zu leiden, sich sehr müde zu fühlen und Mühe beim Sprechen und beim Denken zu haben. Es hätten sich eine Druckdolenz über HWK 7 und kaum Bewegungseinschränkungen der HWS gezeigt. Der neurologische Status inklusive der Hirnvenen sei unauffällig. Ein CT des Schädels und der HWS habe keine intracerebralen Läsionen gezeigt.

**4.1.3** Im Untersuchungsbericht der Neurologie O. \_\_\_\_\_ vom 3. März 2010 (act. II 16/5 f.) diagnostizierte Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, in Bezug auf die Auffahrkollision vom 16. Februar 2010 klinisch Zeichen eines HWS-Schleudertraumas und eine vorbestehende psychische Problematik und Belastungsintoleranz. Unmittelbar nach dem Unfallereignis sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei gewesen. Es sei in Absprache mit dem Unfallverursacher vereinbart worden, das Unfallprotokoll bei ihr zu Hause auszufüllen. Auf dem Weg nach Hause habe sie ein haubenförmiges Druckgefühl am Kopf apikal und anschliessend beginnende Konzentrationsstörungen und ein Schwächegefühl bemerkt. Das Unfallprotokoll habe zu Hause noch ausgefüllt werden können, allerdings habe die Schwäche zugenommen und auch Schwindelbeschwerden seien aufgetreten, worauf die Ambulanz bestellt und sie für eine Erstbeurteilung ins Spital zugewiesen worden sei (vgl. E. 4.1.1 hiavor). In der Folge hätten die Beschwerden persistiert, zugenommen und zu ständigen Schwindelbeschwerden, Schmerzen im Nacken und Konzentrationsstörungen geführt. Bereits vor dem Auffahrunfall sei sie in Behandlung wegen einer psychischen Belastungsintoleranz, behandelt mit Johanniskraut, gewesen. Anlässlich der Befundaufnahme habe sie depressiv verstimmt und angespannt gewirkt und habe Tränen in den Augen gehabt. Bei Status nach Auffahrunfall zeige sie klinisch die Zeichen eines HWS-Schleudertraumas, derzeit Klassifikation Grad I nach der Gradierung der Quebec-Task-Force (QTF). Das Schleudertrauma sei aufgrund der Geschwindigkeitskonstellation klein gewesen, trotzdem sei aufgrund der unterliegenden psychischen Problematik und der derzeitigen Beschwerden mit starker rigider Nacken-

haltung, eingeschränkter Kopfbeweglichkeit und Schwindel und Konzentrationsstörung eine Chronifikation zu befürchten, weshalb eine intensive Therapie durchgeführt werden sollte. Betreffs der Frage nach körperlichen Verletzungen sei ein CT des Schädels und der HWS durchgeführt worden, welches unauffällig gewesen sei. In der klinisch-neurologischen Untersuchung fänden sich keine Hinweise auf radikuläre Ausfälle. Wegen des erhobenen Ultraschallbefundes würde noch eine MRI-Untersuchung im Institut Q. \_\_\_\_\_ angemeldet. Das MRI vom 3. März 2010 (act. IIA 56) ergab alsdann eine unauffällige Darstellung des Neurokraniums und insbesondere auch der hirnversorgenden Halsgefässe und insbesondere auch keine Dissektion oder Stenose der rechten Arteria carotis.

Gegenüber der Beschwerdegegnerin wies Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in einem Telefongespräch vom 10. März 2010 darauf hin, dass bereits vor dem Unfall Anzeichen von Aggravation vorhanden gewesen seien (ohne dass er diese näher bezeichnen möchte; act. II 11).

**4.1.4** Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 4. März 2010 (act. II 6) gab die Beschwerdeführerin an, im Zeitpunkt der Kollision den Kopf im rechten Winkel nach links abgedreht gehabt zu haben. Der (Hinter-)Kopf sei an der Nackenstütze angeprallt. Sofort nach dem Unfall sei es zu einem Druck auf die Schädeldecke gekommen, nach einer halben Stunde weiter zu Schwindel, Rede- und Denkverlust, innert Stunden zusätzlich zu Bluthochdruck, Kopfschmerz (Kopfdecke) und Schmerzen an der Halswirbelsäule, am nächsten Morgen zu Übelkeit und schliesslich innerhalb von drei Tagen zu Nackenschmerzen sowie Druckempfindlichkeit im Schulterbereich beidseits. Einen – insbesondere auch psychischen – Vorzustand verneinte sie explizit.

**4.1.5** Am 15. März 2010 war die Beschwerdeführerin bei Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Oberarzt der Reha S. \_\_\_\_\_, in der Sprechstunde. Dieser berichtete am 22. März 2010 (act. II 21) über eine HWS-Distorsion mit zervikozepalem Syndrom, vegetativer Dysregulation, subjektiv neuropsychologischen Funktionsstörungen und depressiven Stimmungsschwankungen. Die Beschwerdeführerin habe nicht mehr sagen können, ob sie bei der Heckauffahrkollision den Kopf angeschlagen habe; jedenfalls habe sie keine äussere Kopfver-

letzung davongetragen. Ebenso seien auch keine Bewusstlosigkeit und keine amnestische Lücke eingetreten, initial wohl aber Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Schwindel, Konzentrationsstörungen und Wortfindungsstörungen und im Verlauf Erbrechen, Erschöpfungszustand und Depression. Zwischenzeitlich könne sie tendenziell von einer Besserung berichten; die Nackenschmerzen, ausstrahlend in beide Schultern, seien zwar noch vorhanden, die Konzentration habe sich aber bereits gebessert und die Wortfindungsstörungen hätten abgenommen. Gemäss persönlicher Anamnese sei es 2009 zu einer Depression gekommen, die sich mit medikamentöser Behandlung gebessert habe. Seit dem Unfall sei sie zu 100% arbeitsunfähig. Nebst der Aufnahme einer Physiotherapie, medikamentöser Behandlung und eigenständigen Wärmeapplikationen sei eine psychologische Betreuung ins Auge zu fassen.

**4.1.6** Der gutachterlichen Stellungnahme der T. \_\_\_\_\_ zu Händen der F. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2010 zufolge müsse anhand des Unfallhergangs in Verbindung mit den Schäden an beiden Unfallfahrzeugen, der Überdeckung beider Fahrzeuge beim Anstoss und dem Massenunterschied der am Stoss beteiligten Fahrzeuge von einer Differenzgeschwindigkeit zwischen den beiden Fahrzeugen von 11-15 km/h ausgegangen werden. Die stossbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin habe 8-10 km/h betragen. Die Hauptenergie sei im relativ weichen Karosserieblech abgebaut worden, was eine relativ starke Deformation mit sich bringe (act. III I).

**4.1.7** Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) der U. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2010 (act. II 27) habe das Fahrzeug der Beschwerdeführerin durch die Heckkollision eine Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) in Vorwärtsrichtung erfahren, die unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h gelegen haben dürfte. Ein in den Akten erwähnter Hinweis, der Kopf sei zur Zeit der Kollision abgedreht gewesen, müsse hinsichtlich seiner biomechanischen Relevanz immer vorab quantitativ eingegrenzt werden; da hier keine genügenden Angaben vorlägen, könne dieser Umstand nicht in die Überlegungen einbezogen werden. Aus biomechanischer Sicht aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass es anhand der vorliegenden Unterlagen

schwierig zu entscheiden sei, ob die anschliessend an das Ereignis festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionswirkung erklärbar seien.

**4.1.8** Vom 11. Mai bis 15. Juni 2010 war die Beschwerdeführerin in einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 17. Juni 2010 [act. II 46]). Unter Diagnosen wird eine HWS-Distorsion QTF I angegeben und in diesem Zusammenhang auf ein CT des Schädels und der HWS ohne traumatische Läsionen, auf ein neurologisches Konsil ohne Hinweise auf radikuläre Ausfälle, aber der Befürchtung einer Chronifikation, sowie auf ein MRI des Schädels inklusive Carotis-MRA ohne traumatische Läsionen hingewiesen. Als psychiatrische Diagnosen angegeben werden eine schwere Anpassungsstörung nach Heckauffahrkollision mit auch emotionaler Instabilität (ICD-10 F43.23), wahrscheinlich somatoformen Schmerzanteilen (ICD-10 F45.4) sowie emotional instabilen sowie selbstunsicheren Persönlichkeitszügen im Rahmen einer Traumafolgestörung nach schwer traumatisierter Kindheit. Aufgrund des Unfalls sei es zu einer Verstärkung der bereits vorhandenen emotionalen Grundstrukturen gekommen, was zu einer Dekompensierung geführt habe. Da sie vor dem Unfall trotz psychischer Vorbelastung ihren Alltag scheinbar gut habe meistern können, sei von einer unfallkausalen Exazerbation auszugehen. Es sei vermutet worden, dass die Schmerzen zumindest teilweise somatoformer Natur seien. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht aktuell für stressbelastete Tätigkeiten eingeschränkt, aus unfallkausalen Sicht seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr zu begründen (act. II 45).

**4.1.9** Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 5. August 2010 (act. IIA 62) wirkte die Beschwerdeführerin niedergeschlagen. Im Verlaufe der Untersuchung seien zunehmend Beschwerden geäussert worden. Bei der systematischen Untersuchung sei eine massiv eingeschränkte Kopfbeweglichkeit demonstriert worden; es läge eine diffuse Berührungsdolenz im Bereich des Schädels, des Nackens und beider Schultern vor, dies ohne Nachweis von neurologischen Ausfällen. Den angegebenen Beschwerden fehle ein organi-

sches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung. Über die psychiatrische Symptomatik hätten sich die Fachärzte geäußert; deren Einschätzung zufolge stehe die psychische Problematik im Vordergrund.

**4.1.10** In dem im Rahmen des Einspracheverfahrens zu Handen der Beschwerdeführerin erstellten audio-neurootologischen Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2011 (Urkunde 6 zu act. IIA 88) wird davon ausgegangen, anlässlich des Unfalls sei die Beschwerdeführerin mit dem Oberkörper nach vorne gebeugt gewesen und habe den Kopf nach links gedreht gehabt. Es sei kein sicherer Kopfanschlag gegen das Autoinnere erfolgt, jedoch eine starke akustische Schreckreaktion durch den Crash-Knall mit kurzdauernder Benommenheit, aber ohne Bewusstlosigkeit und Amnesie. Schon am Unfallort, ca. 15 Minuten später, sei starker Kopfschmerz im Vertex-Bereich, begleitet von räumlicher Desorientierung und leichter Verwirrung sowie Schwindelgefühl in Form von Taumeligkeit und posturaler Unsicherheit aufgetreten. Innerhalb von zwei, drei Stunden hätten sich zunehmende Nacken- und Hinterkopfschmerzen mit Ausbreitung bis zum Vertex sowie eine zunehmende Einschränkung mit Dolenz bei den Kopfbewegungen bemerkbar gemacht. Dies habe die Beschwerdeführerin veranlasst, sich sofort notfallmässig untersuchen zu lassen. Weder die Nacken- und Kopfschmerzen noch die Schwindelbeschwerden, welche eindeutig erst durch den Unfall ausgelöst worden seien, seien diagnostisch gezielt angegangen worden, obwohl diese Symptome von Anfang an vorhanden gewesen seien und in jedem Bericht erwähnt worden seien. Andererseits seien die hormonell-vegetative Dysbalance und leichte prätraumatische psychoemotive Labilität, welche vor dem Unfall nie zu Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, von den Ärzten als Hauptleiden und Hauptursache für die posttraumatischen Beschwerden hochstilisiert worden. Anhand der jetzt durchgeführten audio-neuro-otometrischen und aequilibrimetrischen Testbatterie und des erhobenen neuro-otometrischen Befundmusters habe sich bei der Beschwerdeführerin eine trimodale Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechtsbetont, teilweise cervicogenen Ursprungs, eine visuo-visuo-oculomotorische Funktionsstörung sowie eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung objektiv erfassen lassen.

**4.1.11** Die Gutachter des MEDAS diagnostizierten im Gutachten vom 5. Dezember 2011 (act. IIIB, unpaginiert) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikovertebrales Syndrom und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine Persönlichkeit mit selbstunsicheren und differenzialdiagnostisch instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1), differenzialdiagnostisch den Verdacht auf Zykllothymia, den Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2) und einen Status nach leichtgradigem HWS-Distorsionstrauma im Rahmen des Unfallereignisses am 16. Februar 2010 (S. 20).

In psychiatrischer Hinsicht hätten eine Zykllothymia und undifferenzierte Somatisierungsstörungen schon vor dem Unfall vorgelegen. Geschilderte Missbrauchserlebnisse seien glaubhaft. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt worden, sodass von einer Persönlichkeitsakzentuierung ausgegangen werden müsse. Eine früher festgestellte Anpassungsstörung könne aktuell nicht mehr festgestellt werden; hier sei von einer Remission auszugehen, was durchaus üblich sei. Wegen beklagter kognitiver Defizite sei eine neuropsychologische Untersuchung angeschlossen worden; eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht erhoben werden können (S. 21). In der neurologischen Untersuchung hätten keine Befunde objektiviert werden können, die sich eindeutig auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (S. 22). Eine passagere relevante Bewusstseinsalteration oder gar ein Bewusstseinsverlust sei eindeutig weder aufgrund von Angaben in den Akten noch eigenanamnestischer Angaben vorhanden gewesen, womit nach EFNS-Guidelines von 2002 nicht von einer begleitenden milden traumatischen Hirnverletzung auszugehen sei. Ebenso seien weder in den Akten noch eigenanamnestisch dokumentierte fokalneurologische Defizite direkt nach dem Unfallereignis vorhanden gewesen, womit eine relevante strukturelle Schädigung des Nervensystems in Zusammenhang mit dem Unfallereignis nicht anzunehmen sei. Das aktuelle Ausmass der geschilderten Beschwerden, wobei klinisch objektivierbar nur eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit sowie leichte Druckdolenzen hochzervikal vorhanden seien, liessen den Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung zu, was dadurch bestärkt werde, dass die psychopathologische Vorgeschichte sehr auffällig sei. Die Schwindelbeschwerden seien

im Rahmen der Begutachtung erst auf Nachfrage hin und nur im Zusammenhang mit Schmerzspitzen erwähnt worden. Diese Schilderung von un-systematischen Schwindelbeschwerden sei für Patienten, welche stärkere Schmerzen beklagten, nicht ungewöhnlich und stünden in der Regel betreffend Beschwerdeausmass meist deutlich nachgestellt zu den beklagten Schmerzen, wie dies auch in diesem Falle aufgrund eigenanamnestischer Angaben zu interpretieren sei.

Zum Bericht des Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.10 hiervor) führten sie aus, jener habe nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfallereignis an Schwindelbeschwerden gelitten habe. Beim Unfallhergang sei es nicht zu einem hohen delta-v gekommen; eine relevante Schädigung des Achsenskelettes durch den Unfall selbst, welche nun zu persistierenden Beschwerden führe, erscheine wenig wahrscheinlich. Dass nun Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in etlichen Untersuchungen verschiedenste pathologische Messparameter habe zeigen können, führe in diesem Fall nicht zwanglos zu der Diagnose einer vestibulären Funktionsstörung von klinischer Relevanz, da insbesondere auch in der Untersuchung ein klinisches Korrelat für die Schwindelbeschwerden bzw. die pathologischen Testresultate fehle. Der von ihm beschriebene Provokationsnystagmus sei in der aktuellen Untersuchung nicht nachweisbar gewesen und insbesondere auch der Unterberger-Tretversuch wiederholt negativ ausgefallen (S. 16 ff.).

In rheumatologischer Hinsicht ergebe sich aus muskuloskelettaler Sicht eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geltend gemachten Leistungsunfähigkeit und der Eindrücklichkeit der objektivierbaren klinischen und radiomorphologischen Befunde. Das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin sei als auffällig zu bezeichnen. Aufgrund des Fehlens vorbestehender degenerativer Veränderungen an der HWS sei von einer guten Prognose auszugehen. Für die Verlaufsentwicklung und die Chronifizierung der aktuell weiterhin bestehenden Symptomatik seien eher nichtmuskuloskelettale Faktoren wie psychische und psychosoziale Faktoren entscheidend. Unfallfremd hätten bereits zu einem früheren Zeitpunkt muskuläre Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich bestanden (S. 13 ff.).

Aufgrund der Konsensbesprechung ergaben sich folgende Schlussfolgerungen: Die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 16. Februar 2010 ein leichtgradiges HWS-Distorsionstrauma QTF Grad I ohne Milde Traumatische Hirnverletzung (MTBI) erlitten, zumal schon in der Erstdokumentation weder radiomorphologisch noch klinisch sich strukturelle posttraumatische Läsionen an der HWS hätten nachweisen lassen. Unfallkausale Restfolgen bestünden keine mehr. Aus psychiatrischer Sicht habe der Unfall überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Anpassungsstörung, die aber mittlerweile vollständig remittiert sei, geführt. Die aktuell beklagten zervikozephalen Beschwerden und die chronischen Kopfschmerzen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus neuropsychologischer und unfallkausaler Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Das Fortbestehen der Beschwerden sei plausibler durch die schon vor dem Unfall bestehende undifferenzierte Somatisierungsstörung bei Persönlichkeitsakzentuierung und wahrscheinlich ebenfalls schon vorbestehender Zykllothymie erklärbar als durch Unfallfolgen. Betreffend die beklagte Schwindelsymptomatik handle es sich um einen unsystematischen Schwindel, welcher im Zusammenhang mit Schmerzspitzen auftrete und nicht mit dem Unfall zusammenhänge (S. 5).

**4.1.12** Mit Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2013 (act. I 23) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, die MEDAS-Gutachter versuchten, das posttraumatische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin als vorbestehend und psychisch bedingt zu erklären; das würde der wissenschaftlichen Argumentation aus neuro-otologischer Sicht nicht standhalten. Weder vor noch nach dem Unfall sei eine klare präzise Diagnose gestellt worden, welche auf objektiven Befunden beruhe, sondern lediglich Vermutungs- bzw. Verdachtsdiagnosen (S. 5). Vor dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin nicht an Schwindelbeschwerden gelitten; so habe die Beschwerdeführerin weder über eine eigentliche Schwindelsymptomatik noch über begleitende Stand- und Gangunsicherheit berichtet (S. 9). Statt bloss auf delta-v-Werte abzustellen handle es sich nach den vorliegend ausgerechneten g-Werten um ein zumindest mittelgradiges HWS-Distorsionstrauma (S. 11 oben). Der Schwindel werde vor allem bei stärkeren Schmerzepisoden, aber auch durch schnellere Kopfbewegungen ausgelöst und verstärkt (S. 11 unten). Die erhobenen neuro-otometrischen

Befunde sprächen eindeutig für Mikroläsionen innerhalb des Gleichgewichtssystems (S. 12).

**4.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**4.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.2.2** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

**4.2.3** Ein Parteigutachten ist ein Gutachten, das entweder von der am Prozess beteiligten Partei selber erstellt worden ist (z.B. Gutachten der Unfallabteilung der SUVA in einem eigenen Streitfall) oder von einer Partei bei einem Sachverständigen eingeholt und im Verfahren aufgelegt wird

(BGE 115 V 62). Dabei ist der Beweiswert eines solchen Gutachtens nicht schon deshalb zweifelhaft, weil es von einer Partei ins Verfahren eingebracht wird (BGE 125 V 351 E. 3b dd S. 353, 122 V 157 E. 1c S. 161; RKUV 1993 U 167 S. 96 E. 5a; ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2).

Dieselbe Prüfungspflicht obliegt dem Richter, wenn mit einem Privatgutachten Einwendungen gegen eine von der Verwaltung im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholte Expertise erhoben werden, insbesondere gegen solche einer spezialisierten unabhängigen Abklärungsstelle (AHI 2001 S. 115 E. 3c).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin liess sowohl in der Verfügung vom 23. August 2010 (act. IIA 72) wie auch im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. März 2011 (act. IIA 89) die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs (vgl. E. 3.2 hiervor) offen. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, sofern keine organisch erklärbaren (unfallkausalen) Beschwerden vorliegen und es – wie die Beschwerdegegnerin geltend macht und wie nachfolgend zu prüfen ist – am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den hernach geklagten Beschwerden fehlt (vgl. E. 3.3 f. hiervor).

**4.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. März 2011 (act. IIA 89) massgeblich auf die Berichte im Rahmen der Erstkonsultation(en) im Spital N. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.2 hiervor), des Neurologen Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.3 hiervor), des Arztes der Reha S. \_\_\_\_\_, Dr. med. R. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.5 hiervor), der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.8 hiervor) und des Kreisarztes Dr. med. V. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1.9 hiervor) gestützt. Diese Berichte sind alle-

samt schlüssig begründet, beruhen im Gesamten betrachtet auf allseitigen Untersuchungen und entstanden in Kenntnis der Vorakten (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Sämtlichen Berichten kann übereinstimmend entnommen werden, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen. Insbesondere fanden sich keine Hinweise auf traumatische Läsionen des Schädels und auf radikuläre Ausfälle (vgl. E. 4.1.2, 4.1.3, 4.1.5 und 4.1.8 hiervor); der Kreisarzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ erwähnt in diesem Zusammenhang eine diffuse Berührungsdolenz im Bereich des Schädels, des Nackens und beider Schultern, dies ohne Nachweis von neurologischen Ausfällen, wobei den angegebenen Beschwerden ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehle. Vielmehr haben sehr bald nach dem Unfall wiederum die vorbestehenden psychogenen Beschwerden vorgeherrscht (vgl. E. 4.1.1 i.V.m. E. 4.1.3, 4.1.5, 4.1.8 und 4.1.9 hiervor).

**4.3.2** Diese Befunde werden durch das MEDAS-Gutachten (act. IIIB, unpaginiert) ausdrücklich bestätigt (vgl. S. 5 des Gutachtens). Soweit die Beschwerdeführerin dieses Gutachten wegen nunmehr geltend gemachter Verletzung von Mitwirkungsrechten durch die im vorliegenden Verfahren nicht beteiligte F.\_\_\_\_\_ und die Ablehnung von Ergänzungsfragen durch diese (dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 und Entscheid des BGer vom 18. Juli 2014, 8C\_834/2013, E. 5.1 in fine mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Entscheid des BGer vom 29. November 2010, 8C\_416/2010, E. 3.4) als nicht verwertbar erachtet, erscheinen diese Vorwürfe haltlos und ändern nichts an der Beweistauglichkeit des Gutachtens. Es liegen in Übereinstimmung mit den vorbehandelnden Ärzten auch gemäss den MEDAS-Gutachtern keine unfallkausalen somatischen Beschwerden (mehr) vor, sei doch das heutige Ausmass und die Art und Ausprägung der aktuellen Beschwerden auch ohne den Unfall anzunehmen, weil schon vorbestehend mit wechselhaftem Verlauf. Es sei von einem eigenständigen psychischen Leiden auszugehen, das schon vor dem Unfall bestanden habe und durch den Unfall nicht wesentlich im Ausmass oder der Krankheitsdynamik verändert worden sei (S. 24 ff. des Gutachtens).

**4.3.3** Daran ändert auch nichts, dass Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seinem audio-neurootologischen Bericht (Urkunde 6 zu act. IIA 88) – gemäss seinen Angaben – eine trimodale Funktionsstörung innerhalb des posturalen

Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechtsbetont, teilweise cervicogenen Ursprungs, eine visuo-visuo-oculomotorische Funktionsstörung sowie eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung "objektiv" als erfasst bezeichnet (S. 16): eine eigentliche organische Grundlage der geklagten Beschwerden konnte auch er damit nicht erheben bzw. reproduzieren (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Die von ihm herangezogenen Untersuchungsmethoden dienen mehrheitlich der Diagnosestellung; mit der Diagnosestellung allein ist noch kein hinreichender Nachweis für die Organizität des Beschwerdebildes – worauf es vorliegend entscheidend ankommt – erbracht. Zwar ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht ausgeschlossen, dass Schleudertraumen Mikroverletzungen hinterlassen. Solche lassen sich indessen mit den heutigen medizinischen Methoden organisch nicht hinreichend nachweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 7.1.2 S. 560 mit weiteren Hinweisen). Die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ angewendeten Untersuchungsmethoden werden vom Bundesgericht denn auch nicht als geeignet erachtet, einen Nachweis organischer Beschwerden im Sinne der Adäquanzprüfung zu erbringen (BGer 8C\_386/2014, E. 5.4 mit weiterem Hinweis). So ist nach der Rechtsprechung der Aussagewert von Erkenntnissen, welche mit der auch von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zur Abklärung nicht fassbarer Gleichgewichtsstörungen angewandten Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie gewonnen wurden, insofern begrenzt, als sie keine Informationen zur Ätiologie solcher Störungen und damit zu einer allfälligen (natürlichen) Unfallkausalität liefern. Mehrfach schon hat sich das Bundesgericht zu dieser Methode geäußert und dabei festgehalten, dass sich eine Unfallfolge mittels Posturographie nicht organisch objektiv nachweisen lässt (statt vieler: Entscheide des BGer vom 23. Dezember 2011, 8C\_587/2011, E. 5, vom 29. November 2010, 8C\_416/2010, E. 3.4, und vom 20. Mai 2010, 8C\_181/2010, E. 3.4.2). Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erklärt denn auch nicht, anhand welcher Befunde er seine Diagnosen gestellt hat. Hinzu kommt, dass der von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ beschriebene Provokationsnystagmus in der MEDAS-Untersuchung nicht nachweisbar und insbesondere auch der Unterberger-Tretversuch wiederholt negativ war (vgl. S. 18 des Gutachtens in act. IIIB). Dem entsprechend sind eine Mehrzahl der Untersuchungsergebnisse stark von der subjektiven Mitarbeit der Beschwerdeführerin abhängig. Entsprechend überrascht denn auch nicht, dass sowohl die Anamnese als

auch die Untersuchungsergebnisse im Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stark mit den Angaben anderer Fachärzte kontrastierten. Soweit Dr. med. H. \_\_\_\_\_ weiter davon ausgeht, eine eigentliche Schwindelsymptomatik sei erst nach dem Unfall eingetreten (vgl. act. I 23/8 f.), ist darauf hinzuweisen, dass die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht ausreicht, eine gesundheitliche Schädigung als durch einen Unfall verursacht anzusehen, nur weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Kommt hinzu, dass entgegen seinen Ausführungen (act. I 23, S. 8 f.) vor dem Unfall zumindest unklare Schwindelbeschwerden vorlagen und zu Abklärungen führten (vgl. E. 4.1.1 hier vor), was doch auf ein entsprechendes vorbestehendes Beschwerdebild hinweist. Damit ist der Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht geeignet, die auf der Basis des MEDAS-Gutachtens aber auch der weiteren Arztberichte erfolgte Annahme des Fehlens eines natürlich kausalen organisch erklärbaren Gesundheitsschaden in Frage zu stellen.

Schliesslich sei allein der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht rund ein Jahr nach dem Unfall (Urkunde 6 zu act. IIA 88, S. 2) auch von sachverhätlich nicht zutreffenden Annahmen ausgeht: Ohne weitere Begründung ging er von einer kurzdauernden Benommenheit (durch eine starke akustische Schreckreaktion) sowie schon am Unfallort auftretendem starkem Kopfschmerz, begleitet von räumlicher Desorientierung und leichter Verwirrung, sowie Schwindelgefühl in Form von "Taumeligkeit" und posturaler Unsicherheit aus. In Widerspruch dazu machte die Beschwerdeführerin folgende echtzeitlichen Angaben: Anlässlich der Auffahrkollision sei es zu keiner Nausea und zu keinem Vomitus gekommen; vielmehr habe sie sich wohl gefühlt, weshalb sie noch nach Hause gefahren sei (act. II 16/3 f. und 16/5 f.). Auch verneinte sie zunächst einen Kopfanprall (act. II 16/1 f.), ehe sie nur Tage später angab, der (Hinter-)Kopf sei an der Nackenstütze angeprallt (act. II 6). Wiederum rund zehn Tage später konnte sie dann aber nicht mehr sagen, ob sie bei der Heckauffahrkollision den Kopf angeschlagen habe (zumindest habe sie keine äussere Kopfverletzung davongetragen; act. II 21). Auch im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 17. März 2010 (act. IIIB, unpaginiert) wurde ein Kopfanprall – auch an der Kopfstütze – verneint und eine gerade Kopfstel-

lung bei aufrechter Sitzposition angegeben; verneint wurden sodann eine Bewusstlosigkeit und Gedächtnislücke, nicht aber eine Angst- und/oder Schreckreaktion; nach dem Unfall sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei nach Hause gefahren und habe die Sanität erst 45 Minuten später alarmiert. Wäre die Beschwerdeführerin dem entgegen derart stark wie von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ angenommen beeinträchtigt gewesen, wäre nicht nachvollziehbar, wie sie in dieser Verfassung noch selber hätte nach Hause fahren können.

**4.3.4** Nichts am Ergebnis ändert, dass die MEDAS-Gutachter keine neurootologische Teilbegutachtung vorgenommen hatten. Die Schwindelsymptome wurden eingehend im Rahmen der neurologischen Begutachtung abgeklärt, wobei sich klinisch-neurologisch keine Hinweise auf eine periphere oder zentralvestibuläre Störung finden liessen. In Ermangelung dessen erweist sich – selbst bei episodisch auftretendem Schwindel – eine Verlaufsbegutachtung nicht als angezeigt, zumal auch diese ausschliesslich auf eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruhen würde. Ebenso gebietet der geltend gemachte massive Hörverlust nicht zwingend eine neurootologische Begutachtung, zumal die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 16. Februar 2010 einen Tinnitus ausdrücklich verneint hat (act. II 16/1), dies bei vorbestehender leichtgradiger Hochton-Perzeptionsschwerhörigkeit rechtsbetont (act. IIA 54). Die erstmals gegenüber Dr. med. H.\_\_\_\_\_ anfangs 2011 geltend gemachte Verschlechterung des Gehörs (vgl. Urkunde 6 zu act. IIA 88) wäre unter Berücksichtigung des einschlägigen Vorzustands, fehlender echtzeitlicher Befunde und nachträglich widersprüchlicher Angaben gegenüber Dr. med. H.\_\_\_\_\_ offensichtlich nicht im Sinne eines organischen Gesundheitsschadens unfallkausal. Schliesslich sind die von der Beschwerdeführerin als fehlend bzw. von schlechter Qualität gerügten Röntgenaufnahmen von derart untergeordneter Bedeutung, dass sie nicht erhebliche Zweifel an der sorgfältigen Ausarbeitung des Gutachtens zu begründen vermögen.

**4.4** Da den geltend gemachten Beschwerden somit ein organisches Substrat fehlt, ist die adäquate Kausalität nach der Rechtsprechung zu den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallschäden zu prüfen (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Hierbei kann die Frage, ob die Beschwerdeführerin beim

Unfall vom 16. Februar 2010 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, offen bleiben, zumal die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang ohnehin widersprüchliche Angaben gemacht hat (vgl. E. 4.3.3 zweiter Abschnitt hiervor) und weil sehr bald nach dem Unfall wiederum die vorbestehenden psychogenen Beschwerden vorgeherrscht haben: Soweit vorliegend überhaupt vorhanden, traten nämlich die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas bzw. einer äquivalenten Verletzung der HWS oder eines Schädel-Hirntraumas gehörenden Beschwerden im Verlauf der Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt schon bald in den Hintergrund. Bereits vor dem Unfall wie auch bald danach stellten diverse Ärzte psychische Auffälligkeiten fest (psychischen Belastungsintoleranz bereits vor dem Auffahrunfall [act. II 16/5 f.], Depression 2009 [act. II 21], Verstärkung der bereits vorhandenen emotionalen Grundstrukturen [act. II 46], kürzerer psychischer Einbruch im Frühling 2009, dann ebenfalls einige schwierige Tage im August 2009 und im September 2009 eine zwei Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Stimmungstiefs [act. II 45]). Selbst wenn diesbezüglich sowohl prä- (vgl. E. 4.1.1 hiervor) wie auch posttraumatisch (vgl. E. 4.1.11 hiervor) bloss entsprechende Verdachtsdiagnosen gestellt worden sind, sind psychische Beschwerden doch schon vor dem Unfall aktenkundig; diese haben denn auch im September 2009 offenbar zu einer zwei Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt (vgl. act. II 45/2 unten; in Widerspruch dazu hat die Beschwerdeführerin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ gegenüber offenbar ausgeführt, "immer weiter 100%-ig gearbeitet" zu haben [Urkunde 6 zu act. IIA 88, S. 2 unten]).

Selbst wenn nicht von einem status quo sine auch in psychischer Hinsicht auszugehen wäre (vgl. E. 3.6 hiervor), würde eine Prüfung nach den Grundsätzen von BGE 115 V 133 (unter Ausklammerung der psychischen Aspekte und unter Berücksichtigung einzig der physischen Komponenten) mangels adäquater Kausalität zu keinem anderen Ergebnis führen (vgl. E. 5 nachfolgend). Letztlich wäre die adäquate Kausalität gar nach der – für die Beschwerdeführerin tendenziell günstigeren – Praxis nach BGE 134 V 109 (wo nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten unter-

schieden wird; BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117 i.V.m. E. 10.1 S. 126 f.) zu verneinen.

## 5.

Bei Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden ist zu prüfen, ob die für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelten Adäquanzkriterien (BGE 115 V 140 E. 6c aa S. 140) erfüllt sind:

**5.1** Hinsichtlich der Schwere des Unfalls vom 16. Februar 2010 kann auf die biomechanische Kurzbeurteilung (Triage) der U.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2010 (act. II 27) abgestellt werden. Dass das Fahrzeug der Beschwerdeführerin beim Unfall Totalschaden (vgl. AB 9/2) erlitten hat, sagt letztlich über die Schwere des Unfalls nichts Entscheidendes aus, da es sich hierbei um einen versicherungstechnischen Begriff zur Abgrenzung sich noch lohnender Reparaturen vom Zeitwert des Fahrzeuges handelt. Aus den aktenkundigen Fotos (AB 9/14 ff.) ergibt sich überdies, dass die Türen des Fahrzeuges noch geöffnet werden konnten, mithin die Fahrgastzelle weitgehend unversehrt geblieben ist. Die (erheblichen) Beschädigungen am Heck sind eine Folge des beim Bau von Autos verfolgten Insassenschutzes; diese Fahrzeugbereiche werden absichtlich so verformbar konstruiert, dass an ihnen im Falle eines Aufpralls möglichst viel Bewegungsenergie in Verformungsenergie umgewandelt wird, um die auf die Insassen übertragene Energie zu minimieren. Entsprechendes hält denn auch die biomechanische Kurzbeurteilung fest. Die Beschwerdegegnerin vermag diese Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen, weshalb sich weitere Abklärungen erübrigen. Damit lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin entsprechend der erwähnten Beurteilung unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h. Bei Geschwindigkeitsänderungen in diesem Rahmen ist gemäss ständiger Praxis von mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (Entscheid des BGer vom 9. Januar 2008, U 615/06, E. 2.4.2; vgl. auch RKUV 2003 U 489 S. 360 E. 4.2, Entscheid des BGer vom 9. März 2010, 8C\_812/2009, E. 5.1). Bei dieser Un-

fallkategorie müssen zur Bejahung der Adäquanz vier Kriterien nachgewiesen sein, falls kein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise gegeben ist (vgl. E. 3.4.3 hiervor sowie Entscheid des BGer vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.5).

**5.2** Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 24. Mai 2013, 8C\_15/2013, E. 7.1). Objektiv betrachtet war das Unfallereignis vom 16. Februar 2010 weder von dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich. Dass die Beschwerdeführerin vom Aufprall überrascht war, ändert daran nichts, liegt dies doch gerade in der Natur eines Auffahrunfalls. Auch wenn nach Dr. med. H. \_\_\_\_\_ mit Blick auf das unterschiedliche Gewicht der involvierten Fahrzeuge von einer hohen Bewegungsenergie auszugehen sei (vgl. act. I 23, S. 10), ist festzuhalten, dass dem Massenunterschied der am Stoss beteiligten Fahrzeuge vorliegend durchaus gebührend Rechnung getragen worden ist, ebenso dem Umstand, dass die Hauptenergie im relativ weichen Karosserieblech abgebaut worden ist (vgl. E. 4.1.6 hiervor). Allein die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin angab, beim Aufprall den Kopf nach links gedreht zu haben (vgl. E. 4.1.4 hiervor), reicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums nicht aus. Praxisgemäss (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 128) bedarf es hierzu zusätzlicher Komplikationen, welche gerade durch die beim Unfall eingenommene Körperhaltung verursacht wurden. Den Akten sind jedoch keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin spezifische Komplikationen erlitt, welche durch die geltend gemachte abgedrehte Kopfhaltung verursacht wurden und über das bei Distorsionen der HWS typische Beschwerdebild (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 116) hinausgehen.

**5.3** Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle können die von der Beschwerdeführerin erlittenen (somatischen) Verletzungen nicht als besonders schwer oder von besonderer Art bezeichnet werden. Sie zog sich am

16. Februar 2010 weder Frakturen zu noch musste sie nach dem Unfall hospitalisiert werden (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Eine allfällige Erheblichkeit der HWS-Distorsion vermag das Kriterium der Schwere der erlittenen Verletzungen nicht zu begründen.

**5.4** Weiter liegt keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor und von körperlichen Dauerschmerzen kann bei objektiver Betrachtung nicht gesprochen werden, zumal die körperlichen Schmerzen, an denen der Beschwerdeführer leidet, nicht als klare Folge eines beim Unfall vom 16. Februar 2010 erlittenen körperlichen Gesundheitsschadens erscheinen, weshalb auch die deswegen nötige ärztliche Behandlung bei der Adäquanzbeurteilung ausser Betracht zu bleiben hat (Entscheid des EVG vom 7. Juni 2006, U 414/05, E. 5.3). Die über längere Zeit geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit basierte nicht auf einer somatischen Grundlage, zumal sich das Kriterium der langen Dauer der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht nach Massgabe der (hier langen) Dauer der Taggeldzahlung, sondern einzig nach medizinischen Gesichtspunkten beurteilt.

**5.5** Auch können den Akten weder Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, noch für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen entnommen werden. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ spricht zwar von diffusen, inadäquaten und unspezifischen therapeutischen Empfehlungen (act. IIA 88, S.3), die sich allgemein kontraproduktiv auswirken können (act. IIA 88, S. 18), unterlässt es aber darzulegen, wie das vorliegend konkret erfolgt sein könnte. Vielmehr ist in Fällen wie den vorliegenden gerade auch aus bio-psychozialer Sicht eine rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt entscheidend dafür, einer Dekonditionierung vorzubeugen. Wenn zur Untermauerung des eigenen versicherungsrechtlichen Standpunkts von den Versicherten beigezogenen Ärzte (hier Dr. med. H.\_\_\_\_\_) durch medizinisch unbegründete Atteste dem entgegenwirken, liegt auf jeden Fall keine dem Unfallversicherer anzulastende Fehlbehandlung vor.

**5.6** Zusammenfassend ist weder ein Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt noch sind vier der Kriterien in einfacher Form gegeben. Damit besteht zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 16. Februar 2010 kein adäquater Kausalzusammenhang (mehr). Der

Hinweis der Beschwerdeführerin in der öffentlichen Schlussverhandlung auf Entscheide des angerufenen Gerichts betreffend verneinter Adäquanz wie auch deren Antrag auf statistische Auswertung der Rechtsprechung ist für den vorliegenden Einzelfall unerheblich.

## 6.

Selbst wenn vorliegend von der – für die Beschwerdeführerin tendenziell günstigeren – Praxis nach BGE 134 V 109 (da nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten unterschieden wird; BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117 i.V.m. E. 10.1 S. 126 f.) auszugehen wäre (vgl. E. 3.5 hier- vor), wäre die Adäquanz bei diesem höchstens mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (vgl. E. 5.1 hiervor) zu verneinen, ist doch auch in diesem Fall weder ein Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt noch sind vier der Kriterien in einfacher Form gegeben. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklich- keit des Unfalls sind bereits verneint worden (vgl. E. 5.2 hiervor). Gleiches gilt für die Schwere oder die besondere Art der erlittenen Verletzungen (vgl. E. 5.3 hiervor), zumal das Vorliegen einer dem Schleudertrauma äquivalen- ten Verletzung für sich allein nicht genügt; die für die Bejahung dieses Kri- teriums notwendige Schwere der typischen Beschwerden liegt ebenso we- nig vor wie besondere Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127). Eine fortgesetzte spezifische, belasten- de ärztliche Behandlung fand nicht statt. Die stattgefundenen Physiothera- pie, die medikamentöse Therapie, die medizinischen Abklärungen und Ver- laufskontrollen sind im Sinne der Rechtsprechung nicht als belastend zu qualifizieren (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C\_327/2008, E. 4.2). Die Erheblichkeit von Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Es kann offen bleiben, ob dieses Kriterium allenfalls erfüllt ist, dies- falls aber nicht in besonders ausgeprägter Weise. Eine ärztliche Fehlbe- handlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist nicht ausge- wiesen (vgl. E. 5.5 hiervor). Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche

Komplikationen sind zu verneinen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Sodann reichen bei einem Schleudertrauma eine Schmerzchronifizierung oder eine psychische Überlagerung nicht aus, da zum typischen Beschwerdebild gehörend (Entscheid des BGer vom 11. Juli 2007, U 365/05, E. 5.2). Beim Kriterium der Arbeitsunfähigkeit ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumata der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, welche die versicherte Person trotz ernsthaften Anstrengungen nicht zu überwinden vermag. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 129 f). Ob dieses Kriterium im vorliegenden Fall aufgrund der über mehrere Monate attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 49 und IIA 64) und dem einmaligen Wiedereingliederungsversuch (vgl. act. II 50 und act. IIA 51, 59) als erfüllt betrachtet werden kann, kann offen bleiben, da es jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Damit liegen höchstens zwei Kriterien in nicht besonders ausgeprägter Weise vor, was für die Bejahung der Adäquanz bei einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Fällen nicht ausreicht (vgl. E. 3.4 f. hiavor).

## 7.

**7.1** Mangels adäquat kausaler Unfallfolgen besteht daher kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (mehr). Aus dem Dargeleg-

ten ergibt sich nämlich, dass die von der Beschwerdeführerin (noch) geklagten Beschwerden somatisch nicht objektiviert werden konnten. Ein auf den Unfall zurückzuführendes organisches Korrelat konnte nicht ausgemacht werden. Die in der Beschwerde geäusserte gegenteilige Auffassung findet in den Akten keine Stütze. Weder konnten aufgrund der bildgebenden Untersuchungen entsprechende Befunde erhoben werden, noch konnten die zugezogenen Ärzte die angegebenen Schmerzen einem organischen Korrelat zuordnen. Da vorliegend nach dem Dargelegten ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden zu verneinen ist, findet vorliegend, entgegen den Ausführungen in der öffentlichen Schlussverhandlung, auch die im Hinblick auf einen IV-Rentenanspruch erfolgte Rechtsprechungsänderung gemäss BGE 141 V 281 (Indikatorenprüfung) keine Anwendung (zur Publikation vorgesehener Entscheid des BGer vom 5. September 2015, 8C\_10/2015, E. 5.2).

**7.2** Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin per Ende September 2010 den Fallabschluss vorgenommen hat, war doch damals namentlich mit Blick auf die kreisärztliche Einschätzung von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ (vgl. E 4.1.8 hiervor), welche durch die anderen damals vorliegenden Arztberichte gestützt wird, objektiv betrachtet keine namhafte Besserung mehr durch Heilbehandlung zu erwarten (Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Mit Blick darauf, dass sich die von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch zu erwartende namhafte Besserung des Gesundheitszustandes einerseits nach der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) und andererseits prognostisch (und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen; SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2) bestimmt, ist der Fallabschluss aufgrund der ärztlich attestierten vollen Arbeitsfähigkeit ab 10. August 2010 (act. II 46 und 49; vgl. auch act. II 64) vorliegend nicht verfrüht erfolgt. Retrospektiv wird denn auch die Frage der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit im MEDAS-Gutachten nicht anders beurteilt als von den involvierten Ärzten, dies unter Hinweis darauf, dass eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wegen einer leichten HWS-Distorsion bei Bagatelunfall und vorübergehender Anpassungsstörung in der Regel für maximal sechs Monate begründet werden könne (S. 25 Ziff. 4.1 des Gutachtens in act. IIIB). Dass die Beschwerdeführerin subjektiv hiernach doch Verbesse-

rungen schildert (so in den Eingaben vom 14. April und 19. Oktober 2011), ändert daran nichts.

**7.3** Von weiteren Abklärungen, insbesondere von der Anordnung eines Gutachtens, sind keine rechtserheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). So bestätigt denn schon das MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2011 (act. IIIB, unpaginiert) die echtzeitlichen Einschätzungen der involvierten Ärzte (vgl. E. 7.2 hiervor), was als Basis für die Adäquanzbeurteilung vollauf genügt. Die initialen Unfallfolgen sind umfassend dokumentiert. Die Akten der F.\_\_\_\_\_ und der IV wurden ediert. Dafür, dass sich aus allenfalls weiteren inzwischen bei diesen Stellen eingegangenen Unterlagen eine andere Beurteilung ergeben könnte als auf der Basis der vorliegenden umfangreichen und umfassenden Akten, bestehen keinerlei Anzeichen. So hat die Beschwerdeführerin denn auch nicht ausgeführt, inwieweit für den massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 2. März 2011 entscheidungswesentliche Aktenstücke für den Entscheid in den bereits edierten Akten fehlten. Da eine weitergehende medizinische Abklärung somit vorliegend nicht erforderlich ist, kann der Beschwerdegegnerin weder eine Verletzung der Untersuchungs- und Abklärungspflicht noch eine Verletzung der Dokumentationspflicht vorgeworfen werden (vgl. zur beantragten der technischen Unfallanalyse E. 5.1 hiervor) und es kann auch nicht von einer Rechtsverweigerung oder einer aktiven Beweisvereitelung durch das angerufene Gericht die Rede sein.

In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin beantragte Beweisverfügung (gemäss Eingaben vom 1. Juli 2014 und 15. Juli 2015 sowie anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung wiederholt) ist darauf hinzuweisen, dass sich das vorliegende dem Untersuchungsgrundsatz unterworfenen (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) Verfahren nach dem VRPG und nicht nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) richtet.

**7.4** Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechtmässig; die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

**8.**

**8.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**8.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Auch die im Zusammenhang mit der privaten Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ entstandenen Kosten sind nicht von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, da diese Unterlagen nicht zu entscheiderelevanten Erkenntnissen geführt haben (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 45 N. 12).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 13. Oktober 2015)
- SUVA (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK vom 13. Oktober 2015)
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.