

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. Juli 2014**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher Z. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

**Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG**  
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1972 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist seit dem 31. August 2009 beim ... als ... in einer ... angestellt und dadurch bei der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (GMA AG bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der GMA AG [act. II] 1).

Gemäss dem Polizeibericht vom 26. Oktober 2011 kollidierte die Versicherte als Beifahrerin in einem Personenwagen am 28. September 2011 auf einer Autostrasse mit einem umgekippten Sachentransportanhänger (Akten der Versicherten [act. I] 3 S. 4 f.) und erlitt dadurch eine Becken- sowie eine linksseitige Thoraxkontusion (act. II 10). Im Versicherungsbericht der psychiatrischen Dienste des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2012 (act. II 12) wurde auf den Unfall bezogen zudem die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. In der Folge holte die GMA AG diverse medizinische Berichte ein und liess insbesondere ein Aktengutachten durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 11. Mai 2013 (act. II 38) erstellen.

Mit Verfügung vom 18. Juni 2013 (act. II 42) schloss die GMA AG den Versicherungsfall ab und stellte die Versicherungsleistungen per 30. Juni 2013 ein. Dabei verneinte sie sowohl den natürlichen wie auch den adäquaten Kausalzusammenhang.

Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 44) wies sie mit Entscheid vom 31. Oktober 2013 ab (act. II 46), wobei sie das Vorliegen des adäquaten Kausalzusammenhangs verneinte.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher Z.\_\_\_\_\_, am 3. Dezember 2013 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung des Einspracheentscheides bzw. der Verfügung vom 18. Juni 2013

sowie die Anweisung an die Beschwerdegegnerin, das Verfahren wieder aufzunehmen und der gesetzlichen Leistungspflicht nachzukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Parteien hielten in der Replik vom 4. März 2014 resp. in der Duplik vom 2. April 2014 an den gestellten Anträgen fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist grundsätzlich auf die Beschwerde einzutreten.

Insoweit als ebenfalls die Aufhebung der Verfügung vom 18. Juni 2013 (act. II 42) beantragt wird, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Anfechtungsgegenstand im kantonalen Beschwerdeverfahren bildet allein der Einspracheentscheid. Dieser tritt an die Stelle der vorgängig erlassenen Ver-

fügung, und zwar auch dann, wenn er sie bloss bestätigt (BGE 119 V 347 E. 1b S. 350; RKUV 1998 U 308 S. 454 E. 2a).

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2013 (act. II 46), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. Juni 2013 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des Ereignisses vom 28. September 2011 über den 30. Juni 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat und dabei insbesondere, ob die weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum besagten Unfall stehen.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). 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).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** 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 entfiel ("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).

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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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).

**2.4** 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 Kausalzusammenhanges 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).

**2.4.1** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

**2.4.2** 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 (sog. Psycho-Praxis, BGE 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 (sog. Schleudertrauma-Praxis, 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.

**2.4.3** 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).

Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens 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 erscheinen, 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 Kausalzusammenhanges 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 gehäufter 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).

**2.5** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

**2.6** Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, 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, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Unbestritten und durch die Akten erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin am 28. September 2011 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hatte (E. 2.1 hiervor) und die im Spital G.\_\_\_\_\_ diagnostizierten somatischen Verletzungen (Becken- und linksseitige Thoraxkontusion, act. II 10) natürlich sowie adäquat kausale Folgen davon waren. Weiter steht zu Recht ausser Frage, dass diese Verletzungen zwischenzeitlich verheilt sind. So

folgten nach der analgetischen Behandlung (act. II 10 S. 2) diesbezüglich weder weitergehende Therapien noch wurden in den Untersuchungen oder Arztberichten Heilungsprobleme oder andere Einschränkungen thematisiert. Bezüglich der Rippenproblematik teilte die Beschwerdeführerin denn auch explizit mit, diese sei verheilt (act. II 31 S. 1). Der in der Beschwerde genannte Einwand, es sei – wie dem Attest von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Internist (D), vom 2. Dezember 2013 (act. I 4) entnommen werden könne – eine Rippenfraktur übersehen worden, ist in Anbetracht des verheilten Gesundheitszustandes ohne Belang. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ lediglich den Verdacht auf eine Rippenfraktur diagnostizierte.

**3.2** Umstritten ist hingegen, ob die über den 30. Juni 2013 hinaus geklagten gesundheitlichen Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. September 2011 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin war vom 28. September bis zum 1. Oktober 2011 im Spital G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 11. Oktober 2011 (act. II 10) wurden auf den Unfall bezogen eine Becken- sowie eine linksseitige Thoraxkontusion diagnostiziert (S. 1). Des Weiteren wurde vermerkt, die Patientin sei bei Eintritt kreislaufstabil, orientiert und nach dem Unfall noch leicht unter Schock gewesen (S. 1 f.). Neurologisch seien keine Auffälligkeiten bemerkt worden. Zudem gaben die Ärzte an, die Halswirbelsäule (HWS) sei druckindolent, ohne Stauchungsschmerzen sowie frei beweglich gewesen und die von der Patientin einmalig am 29. September 2011 geklagte Makrohämaturie habe im Urinstatus nicht nachgewiesen werden können. Nach erfolgter analgetischer Schmerzbehandlung und ereignisloser Überwachung sei die Patientin am 1. Oktober 2011 in gebesserem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 2).

**3.2.2** Im Versicherungsbericht der psychiatrischen Dienste des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2012 (act. II 12) wurden folgende Diagnosen genannt: Posttraumatische Belastungsstörung nach Autounfall (teilremittiert), Anpassungsstörung mit Störung verschiedener Gefühle bei Partnerschaftsproblemen und unerfülltem Kinderwunsch sowie eine teilremittierte

leistungsorientierte und ängstlich akzentuierte Persönlichkeit mit hohem Kontrollbedürfnis (ICD-10 F: 43.1, F: 43.23, Z: 63.0; S. 1). Zur Ursache der Beschwerden wurde angegeben, die aktuelle psychopathologische Symptomatik sei nach dem Unfall aufgetreten, weshalb davon auszugehen sei, dass die traumatische Erfahrung dieses Ereignisses mit akuter Todes- und Erstickungsangst primäre Ursache der Symptomatik sei (S. 2 Ziffer 3). Zur Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, die Patientin habe am 16. Januar 2011 ihre Arbeit stundenweise wieder aufgenommen, wobei eine Steigerung auf das ursprüngliche 40%-Pensum innert der nächsten zwei bis drei Wochen realistisch und zumutbar sei (S. 3 Ziffer 10 f.).

**3.2.3** Vom 13. Februar bis zum 27. April 2012 sowie am 14. Mai 2012 befand sich die Beschwerdeführerin in der Rehabilitation in der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ (act. II 21, 31). Im Bericht vom 3. Mai 2012 wurden Muskelfunktionsstörungen und eine erhebliche vegetative Labilität diagnostiziert (act. II 31 S. 1). Zum Befund bei Entlassung führten die untersuchenden Ärzte zudem aus, es bestünden neurologisch unauffällige Befunde. Die HWS sei frei beweglich und die lumbale Beweglichkeit gut. Es finde sich einzig im Bereich der oberen HWS eine einzelne leicht schmerzhaft Myogelose, wobei der übrige muskuläre Befund unauffällig sei (S. 4). Diagnostisch kamen sie überdies zum Schluss, dass keine posttraumatische Belastungsstörung vorliege. Als Unfallfolge existiere auch keine Angststörung oder ein ängstliches Vermeidungsverhalten. Die sich immer wieder gezeigten wechselnd ausgeprägten Phasen gedrückter Stimmung würden von den anhaltenden partnerschaftlichen Problemen herrühren und seien in keinem direkten Zusammenhang zum Unfall zu sehen (S. 3). Im Bericht vom 8. Juni 2012 (act. II 21 S. 1) wurde zudem dargelegt, dass die nachgewiesene Diskushernie C5/6 ein reiner Zufallsbefund sei. Nichts an der ganzen Klinik habe auf eine Bandscheibenerkrankung hingewiesen.

**3.2.4** Im Verlaufsbericht vom 5. Januar 2013 (act. II 30) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zusammenfassend fest, die psychologisch-psychiatrische Betreuung sei abgeschlossen worden, der rezidivierende Schwindel trete nur noch vereinzelt auf und die Patientin habe keine Synkopen mehr gehabt. Seit Mitte November 2012 arbeite die Patientin wieder voll, d.h. zu 60%.

**3.2.5** Im Aktengutachten vom 11. Mai 2013 (act. II 38) gab Dr. med. B. \_\_\_\_\_ an, seit dem Unfall seien – anfänglich in gewissem Sinne nachvollziehbar – psychische Beschwerden bei der Verarbeitung des Unfalles im Vordergrund gestanden. Des Weiteren vertrat er die Auffassung, dass die neun Monate nach dem Unfall beschriebene Diskushernie C5/6 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sei. Dies weil zuerst weder HWS-Läsionen aktenkundig gewesen noch Beschwerden geltend gemacht worden seien und die lange Latenz überdies auf einen rein zufälligen und nur zeitlichen Zusammenhang hindeute. Des Weiteren seien die wieder angegebenen Schwindelzustände vollkommen unspezifisch und würden eher als stark psychogen überlagerte Schwankschwindelbeschwerden imponieren; vonseiten der Halsmuskulatur finde sich keine Erklärung für die immer wieder angegebenen Schwindelzustände. Auch bezüglich der rezidivierenden Synkopen, die rein vasodepressorisch erklärbar seien, kam Dr. med. B. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass diese in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis stünden (S. 6). Die geklagten Kopfschmerzen stufte er als Spannungstypkopfschmerzen ein und erläuterte, hier sei ein Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. September 2011 möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Zudem seien diese derart gering ausgeprägt, dass kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas sei schliesslich nach den anfänglich fehlenden Nackenschmerzen als nicht relevant zu bezeichnen (S. 7). Dr. med. B. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr vorlägen und von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung des aktuellen Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne (S. 7 Ziffer 3 f.).

**3.2.6** Der Psychologe Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ reichte im Einwandverfahren am 28. Juni 2013 eine Stellungnahme ein und führte aus, seine Patientin werde seit dem 23. Mai 2013 mit einer Spezialmethode EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) behandelt (act. II 43). Dadurch habe sich klar gezeigt, dass die Patientin durch den Unfall einen Schockzustand, verbunden mit phasenweise auftretenden Todesängsten, erlitten und deshalb im Spital G. \_\_\_\_\_ vergessen habe, die HWS-Schmerzen anzugeben (S. 1). Gestützt auf die Befunde der EMDR-Therapie und der

Perspektive der Psychotraumatologie sei ein HWS-Distorsionstrauma erwiesen (S. 2).

**3.3** 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).

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).

**3.4** Vorliegend erfüllt das von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ erstellte Aktengutachten vom 11. Mai 2013 (act. II 38) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor). Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hat sich in seiner Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere auch gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Kausalität nachvollziehbar begründet. Ferner ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, so dass darauf abzustellen ist.

**3.4.1** Aus somatischer Sicht hat Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Mai 2013 (act. II 38) nachvollziehbar dargelegt, dass organisch objektiv ausgewiesen einzig eine Diskushernie C5/6 besteht, die lediglich in einem zufälligen und nur zeitlichen Zusammenhang zum Unfall vom 28. September 2011 steht. Diese Auffassung kongruiert mit der bildgebenden Untersuchung der HWS vom 17. November 2011 (act. II 6), bei welcher sich noch eine unauffällige HWS zeigte, und steht im Einklang mit dem Bericht der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2012 (act. II 21 S. 1). Die Beschwerdeführerin stellt denn auch nicht in Abrede, dass zwischen der Diskushernie C5/6 und dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Zusammenhang besteht.

Ferner hat Dr. med. B. \_\_\_\_\_ schlüssig begründet, dass den geklagten Schwindelzuständen, den Synkopen, sowie den Kopf- und Nackenschmerzen ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehlt. Zudem führte er naheliegen und plausibel aus, die Schwindelzustände und die Synkopen stünden in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis, die Kopfschmerzen seien derart gering, dass sie die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen würden und die Diagnose eines craniozervikalen Beschleunigungstraumas müsse nach den anfänglich fehlenden Nackenschmerzen als nicht relevant bezeichnet werden (act. II 38 S. 6 f.). Darauf ist abzustellen. So ist diese Beurteilung nicht nur für sich alleine überzeugend, sondern stimmt mit den Befunden der Röntgenuntersuchung vom 17. November 2011, bei welcher konventionell-radiologisch keine Traumafolgen nachgewiesen werden konnten, überein (act. II 6). Des Weiteren findet sie im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2011 (act. II 10 S. 2) ihren Rückhalt und wird durch die Ausführungen der Ärzte der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ bestätigt (act. II 31 S. 4), da sich in den jeweils durchgeführten Untersuchungen stets neurologisch unauffällige Ergebnisse zeigten. Zudem gaben die Ärzte bezüglich der HWS an, diese sei druckindolent, ohne Stauchungsschmerzen und frei beweglich.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie habe im Spital G. \_\_\_\_\_ keine Kopf- und Nackenschmerzen beklagt, weil anfänglich die Schmerzen im Thorax- und Beckenbereich dominiert hätten und sie noch unter Schock gewesen sei, kann ihr angesichts der bestehenden Ak-

tenlage nicht gefolgt werden. Bezüglich des angeblichen Schockzustandes ist ihr entgegen zu halten, dass sie nach eigenen Angaben das Unfallfahrzeug selbstständig verlassen konnte (Beschwerde S. 2 Ziffer 1b) und – wie im Unfallbericht vom 26. Oktober 2011 festgehalten – nur leicht verletzt wurde (act. I 3 S. 3). Im Spital G.\_\_\_\_\_ war sie bei Eintritt zudem kreislaufstabil, orientiert und gemäss den Ärzten nur noch leicht unter Schock (act. II 10 S. 1 f.). In Anbetracht dessen, dass die Beschwerdeführerin eindeutig über Becken- und linksseitige Thoraxschmerzen klagte, am 29. September 2011 – einen Tag nach dem Unfall – sogar von einer angeblich beobachteten Makrohämaturie berichtete und rund zweieinhalb Tage im Spital G.\_\_\_\_\_ verbrachte, kann praktisch ausgeschlossen werden, dass sie aufgrund des Unfalles einen längerdauernden relevanten Schock erlitten hatte, der sie daran gehindert hätte, auf allfällige Kopf- und Nackenschmerzen hinzuweisen. An diesem Ergebnis vermag das Schreiben des Psychologen Dr. phil. E.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2013 (act. II 43) nichts zu ändern. Dies insbesondere, weil er davon ausging, die Beschwerdeführerin habe einen Schockzustand, sogar verbunden mit Todesängsten, erlitten, was – wie gestützt auf die Akten dargelegt – nicht überzeugt. Ein HWS-Distorsionstrauma ist somit nicht erwiesen.

**3.4.2** Aus psychiatrischer Sicht nannte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Aktengutachten vom 11. Mai 2013 keine Diagnosen und hielt plausibel lediglich fest, seit dem Unfall seien psychische Beschwerden bei der Verarbeitung des Ereignisses im Vordergrund gestanden (act. II 38 S. 6 f.). Diese Auffassung entspricht den Ansichten der Ärzte der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2012, welche ebenfalls keine psychiatrischen Diagnosen nannten (act. II 31 S. 1) und klar darlegten, dass als Unfallfolge weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch Angststörungen oder ein ängstliches Vermeidungsverhalten bestünden. Des Weiteren präzisierten sie, die sich immer wieder zeigten wechselnd ausgeprägten Phasen gedrückter Stimmung würden von den anhaltenden partnerschaftlichen Problemen herrühren und in keinem direkten Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen (act. II 31 S. 3). Darauf ist abzustellen. Denn der dieser Auffassung entgegenstehende Bericht der psychiatrischen Dienste des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2012 (act. II 12) überzeugt nicht. Die darin gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beruht auf

der Annahme, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall Todes- und Erstickungsangst erlitten (act. II 12 S. 2 Ziffer 3). Wie bereits ausgeführt, ist diese Annahme jedoch nicht plausibel und auch nicht erwiesen (E. 3.4.1 hier vor).

**3.4.3** Aus dem Dargelegten folgt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht auf einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge beruhen. Des Weiteren ist erwiesen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die geltend gemachten somatischen und psychischen Beschwerden in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. September 2011 stehen, sofern diese überhaupt noch in einem relevanten Ausmass vorliegen. Denn Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 5. Januar 2013 (act. II 30) fest, die psychologisch-psychiatrische Betreuung sei abgeschlossen worden, es seien keine Synkopen mehr aufgetreten und der rezidivierende Schwindel komme nur noch vereinzelt vor. Ferner gab auch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Aktengutachten an, die Kopfschmerzen seien so gering ausgeprägt, dass sie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (act. II 38 S. 7). Gestützt auf dieses Ergebnis sind zusätzliche medizinische Abklärungen – wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Beschwerde S. 4 lit. b f.) – nicht notwendig, da von diesen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Der Fallabschluss gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG per 30. Juni 2013 (act. II 42) ist somit nicht zu beanstanden, zumal auch allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4 lit. d) – nicht mehr benötigt resp. als abgeschlossen betrachtet werden können. Wie dem Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2013 (act. II 30) zu entnehmen ist, arbeitet die Beschwerdeführerin nämlich seit Mitte November 2012 zu 60%, was sogar das 40%-ige Pensum vor dem Unfall übersteigt (act. II 1 Ziffer 3).

**4.** Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass selbst bei Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis, die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den Fallabschluss per 30. Juni 2013

hinaus verneint werden müsste, da jedenfalls die adäquate Kausalität – wie sogleich darzulegen ist – nicht gegeben wäre.

**4.1** Die Kollision vom 28. September 2011 führte – wie in Erwägung 3.4.1 hiervor erwähnt – innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nicht zu Beschwerden in der Halsregion. Damit ist zur Prüfung der Adäquanz sowohl für die geklagten psychischen als auch für die somatischen Beschwerden einzig die für psychische Fehlentwicklung geltende Rechtsprechung heranzuziehen (Psycho-Praxis, E. 2.4.2 hiervor).

**4.2** Bezüglich der Schwere des erlittenen Unfalles (E. 2.4.3 hiervor) ging die Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2013 von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich aus (act. II 46 S. 6. Ziffer 9), was unter Berücksichtigung der Akten und mit Blick auf die Rechtsprechung in ähnlich gelagerten Fällen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2012, 8C\_398/2012, E. 5.2.2) nicht zu beanstanden ist. Klarerweise liegt – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Ziffer 3a) – kein sog. schwerer Unfall vor. Dass das Fahrzeug der Beschwerdeführerin zurückgeschleudert wurde und Totalschaden erlitt, genügt im Vergleich zu denjenigen Fällen, in welchen ein schwerer Unfall angenommen wurde, bei Weitem nicht um eine Einstufung in diese Kategorie zu rechtfertigen (BGer 8C\_398/2012, E. 5.2.1).

**4.3** Damit die Adäquanz bejaht werden könnte, müssten daher drei zusätzliche Kriterien in der einfachen Form oder eines in ausgeprägter Weise erfüllt sein (E. 2.4.3 hiervor). Die Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien ergibt folgendes Bild:

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist vorliegend klarerweise nicht erfüllt. Denn dem Unfallbericht vom 26. Oktober 2011 sind solche Anhaltspunkte in keiner Art und Weise zu entnehmen. Des Weiteren waren die im Spital G.\_\_\_\_\_ diagnostizierten somatischen Verletzungen (Becken- und Thoraxkontusion, act. II 10) weder lebensbedrohlich noch schwer, weshalb das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ebenfalls zu verneinen ist. Soweit die Beschwerdeführerin gel-

tend macht, an erheblichen psychischen Beschwerden mit einem anfänglichen posttraumatischen Belastungssyndrom zu leiden (Beschwerde S. 5 Ziffer 3b), ist ihr entgegen zu halten, dass bei der Anwendung der Psycho-Praxis – wie vorliegend – die Adäquanzkriterien unter Ausschluss der psychischen Aspekte geprüft werden (E. 2.4.2 hiervor). Ihrem Einwand ist deshalb nicht weiter zu folgen. Anhaltspunkte welche auf eine lange Dauer der somatischen Unfallfolgen, auf körperliche Dauerschmerzen, Komplikationen oder auf eine ärztliche Fehlbehandlung hinweisen würden, liegen ebenfalls nicht vor. Schliesslich muss – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 5 Ziffer 3c) – auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als nicht erfüllt betrachtet werden. Aus den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 16. Januar 2012 ihre Arbeit bereits wieder stundenweise aufgenommen hat (act. II 12 S. 3 Ziffer 10), was keiner langen Arbeitsunfähigkeit entspricht. Überdies ist aufgrund des komplikationsfreien Heilungsverlaufs davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht bereits weit früher ein volles Arbeitspensum hätte leisten können.

**4.4** Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass von den sieben relevanten Kriterien keines erfüllt ist. Die Adäquanz allfällig noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden kann somit nicht bejaht werden.

## **5.**

Aus dem Dargelegten folgt, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine unfallkausalen, organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden mehr bestanden. Des Weiteren ist erstellt, dass zwischen den anhaltend geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 28. September 2011 kein rechtsgenügender natürlicher resp. adäquater Kausalzusammenhang vorliegt. Die Leistungseinstellung per 30. Juni 2013 ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb als offensichtlich unbegründet abzuweisen.

**6.**

**6.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**6.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher Z. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.