

200 14 617 UV  
SCJ/RUM/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Januar 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Rüfenacht

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



gegen

**Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Steinengraben 41, 4003 Basel  
p.A. Rechtsdienst, Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. Mai 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1974 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit 1. Mai 2010 als ... bei der ... angestellt und damit bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (fortan Nationale Suisse bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Gemäss UVG-Schadenmeldung vom 31. März 2011 erlitt die Versicherte am 25. März 2011 einen Verkehrsunfall (Heckkollision). Als Verletzung wurde eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) mit Kribbeln in den Händen angegeben (Dossier der Nationale Suisse, Antwortbeilage [AB] M1). Es bestand keine Arbeitsunfähigkeit (AB M5). Die Nationale Suisse nahm die Abklärungen auf und erbrachte Leistungen in Form von Heilbehandlung. Nach Einholung eines vertrauensärztlichen Berichts vom 26. März 2013 (AB M20) verneinte die Nationale Suisse mit Verfügung vom 17. Mai 2013 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab 19. Juni 2012 mangels Unfallkausalität zwischen den ab diesem Zeitpunkt geklagten HWS-Beschwerden und Beschwerden am rechten Ellbogen (AB K10). Die dagegen von der Versicherten am 18. Juni 2013 erhobene Einsprache (AB K14) wies die Nationale Suisse mit Einspracheentscheid vom 22. Mai 2014 ab (AB K22).

### **B.**

Mit Eingabe vom 23. Juni 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragt, der Einspracheentscheid vom 22. Mai 2014 sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzmässigen UVG-Leistungen, insbesondere die notwendigen Heilbehandlungen, auch nach dem 18. Juni 2012 zu gewähren. Eventualiter sei ein medizinisches Gutachten einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **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 auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 22. Mai 2014. Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung für die Folgen des Unfalls vom 25. März 2011 ab dem 19. Juni 2012 und dabei namentlich die Unfallkausalität der ab diesem Zeitpunkt weiterhin geklagten Beschwerden.

**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.

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls 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). 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).

**2.2** 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).

**2.3** 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). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes „namhaft“ durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

**2.4** 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.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Im Arzteugnis UVG vom 7. April 2011 führte der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnosen eine diskrete Weichteildistorsion paravertebral zervikal beidseits sowie eine Diskopathie/Subluxation der Disken C5/6 links und C6/7 rechts auf. Es bestünden Muskelverspannungen nuchal beidseits, rechts mehr, eine rechtsbetonte Parästhesie C7/8 und eine diskrete Parästhesie im Daumen links. Es werde zur Entlastung der Halswirbelsäule (HWS), Lockerung der Weichteile und Entlastung der Disken eine kombinierte Physio- und Kraniosakraltherapie empfohlen. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der Behandlungsabschluss erfolge voraussichtlich in zwei Monaten (AB M5).

**3.1.2** Im Bericht vom 3. Dezember 2011 führte der Hausarzt als Diagnosen posttraumatische orofaziale Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, posttraumatische Weichteildistorsionen nuchal-zervikal beidseits linksbetont sowie eine Parästhesie C7/8 rechtsbetont auf. Es bestünden linksbetonte Myogelosen im Trapezmuskel und eine linksseitige Arthralgie/Druckdolenz im Kiefergelenk. Die Mundöffnung sei um ein Viertel reduziert. Es seien noch sechs Kraniosakraltherapiesitzungen nötig, um die traumatisch bedingten Weichteilveränderungen endgültig zu therapieren. Damit seien die besten Fortschritte erzielt worden. Danach könne die Therapie der Unfallfolgen beendet und der Unfall abgeschlossen werden (AB M11).

**3.1.3** Im Bericht vom 17. August 2012 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose ein chronisches Zervikothorakovertebralsyndrom mit/bei myofascialen Verspannungen im Nacken und im Schultergürtel, einer Epicondylopathia radialis humeri rechts und einem Status nach HWS-Distorsion bei Verkehrsunfall am 25. März 2011 auf. Die rechtsseitige Epicondylopathia humeri radialis werde als Folge des chronischen Zervikothorakovertebralsyndroms mit myofascialen Verspannungen und Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule und des Beckens gesehen. Zervikoradikuläre Ausfälle fänden sich zur Zeit nicht. Auch ergebe sich anamnestisch und bei der Untersuchung kein Hinweis für eine entzündliche rheumatische Erkrankung (AB M12).

**3.1.4** Im Bericht vom 24. November 2012 führte der Hausarzt als Diagnosen eine myogene Dysbalance im Schulter-Nackengürtel rechtsbetont und eine Epicondylopathia humeri radialis rechts an. Er habe die Beschwerdeführerin erstmals (Rückfall) am 11. Mai 2012 untersucht. Es lägen Dauerschmerzen im Schulter-Nackengebiet vor. Bei Belastung kämen ziehend-stechende Sensationen hinzu. Bei Belastung des rechten Ellbogens stünden einschiessend-krampfartige Schmerzen lateral am rechten Ellbogen im Vordergrund mit anschliessender leichtgradiger Schwellung der Weichteile und Druckdolenz des Olecranon. Der Abschluss könne noch bis zu drei Monaten dauern (AB M16).

**3.1.5** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_, Universitätsklinik für Neurologie, vom 4. Dezember 2012 wurden als Diagnosen chronische Zervikalgien und zervikogene Kopfschmerzen nach Auffahrunfall im März 2011 sowie eine Epicondylopathia humeri radialis rechts aufgeführt. Die Beschwerdeführerin leide eineinhalb Jahre nach einem Auffahrunfall an chronischen Nackenschmerzen der paravertebralen Muskulatur und der Schultergürtelmuskulatur. Bei den initialen Kribbelparästhesien im rechten Arm habe es sich vermutlich um eine möglicherweise unfallbedingte Luxation der bildgebend dokumentierten Diskushernie HWK6/7 mit Irritation der Nervenwurzel C7 rechts gehandelt. Aktuell seien diese Kribbelparästhesien nicht mehr vorhanden und klinisch gebe es absolut keine Hinweise auf ein radikuläres oder anderweitiges neurologisches Defizit der oberen Extremitäten. Die seit

einiger Zeit von okzipital aufsteigenden Kopfschmerzen druckartigen Charakters würden im klinischen Kontext als zervikogen beurteilt. Die Symptomatik bezüglich der Epicondylitis radialis humeri rechts sei aktuell nach längerer Schonung sehr diskret. Die Tatsache, dass eine lokale Steroidinfiltration zu einer kompletten Regredienz der Beschwerden geführt habe und aktuell überhaupt keine Verspannung der Muskulatur an Ober- und Unterarm vorliege, spreche gegen einen Zusammenhang mit der chronischen HWS-Problematik und gegen eine neurologische Ursache (AB M18).

**3.1.6** Im Bericht vom 26. März 2013 hielt der Vertrauensarzt der Nationale Suisse, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Neurologe ..., fest, die Beschwerden, welche Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom August 2012 aufgeführt habe, seien nicht überwiegend wahrscheinlich Folgen des Unfalls vom 25. März 2011. Dies betreffe v.a. die Beschwerden im rechten Arm, welche mehr als neun Monate nach dem Unfall aufgetreten seien. Die Epicondylopathie lasse sich pathophysiologisch nicht mit einer Funktionsstörung im Bereich der Wirbelsäule und des Beckens verbinden. Auch die im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom Dezember 2012 dokumentierten zervikogenen Kopfschmerzen liessen sich nicht mehr als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge bezeichnen. Der Hausarzt sei Ende 2011 aufgrund der damaligen geringen Palpationsbefunde der Ansicht gewesen, dass die zervikogenen und zervikothorakalen Beschwerden innerhalb von sechs Monaten ganz verschwinden sollten. Der Seitenwechsel der Nacken- und Schultergürtelbeschwerden sei typisch für unspezifische myofasziale Beschwerden, die mit degenerativen Veränderungen der HWS korrelierten. Insgesamt liessen sich die Beschwerden spätestens ab Mitte 2012 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich dem Unfall vom März 2011 zuordnen. Der Endzustand sei wahrscheinlich Ende 2011, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Mitte 2012 erreicht worden (AB M20).

**3.1.7** Im Schreiben vom 8. Oktober 2013 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hielt der Hausarzt fest, die Patientin sei im Jahr 2012 am 27. März, 3. April, 11. Mai und 12. Juni wegen Beschwerden, die seit dem Unfall vom März 2011 aufgetreten seien, in der hausärztlichen Sprechstunde gewesen. Zudem sei sie im März und April 2012 in der Kraniosakraltherapie gewesen, dies in einer dreiwöchentlichen Frequenz um die Effizienz

zu erhöhen. Spezialuntersuchungen hätten zudem am 30. November 2012 im Spital F. \_\_\_\_\_ und am 5. Februar 2013 (Rheumatologisches Konsilium) stattgefunden. Es stehe fest, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keinerlei Probleme oder Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich aufgewiesen habe. Auch die Überlastung am rechten Ellbogen müsse im Zusammenhang mit einer nicht optimalen Belastung durch Schonungshalten aus dem Schultergürtel gesehen werden. Eine Kettentendinopathie sei nicht zu verleugnen (AB M21).

#### **4.**

**4.1** Aufgrund der Akten erlitt die Beschwerdeführerin anlässlich des Auf-  
fahrungsunfalls vom März 2011 eine diskrete HWS-Weichteildistorsion. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nie attestiert (AB M2, M5). Die Behandlung der nach dem Unfall geklagten Beschwerden bestand einzig in einer Kombination von Physio- und Kraniosakraltherapie zur Entlastung der HWS und Lockerung der Weichteile (AB M4, M5).

Bereits im August 2011 hielt die behandelnde Kraniosakraltherapeutin fest, die Parästhesien im rechten Arm und der Hand seien abgeklungen und die Schmerzen hätten sich insgesamt reduziert. Sie erachtete weitere 6-8 Therapiesitzungen bis zum gänzlichen Abklingen der Symptome als notwendig (AB M9). Übereinstimmend stellte der Hausarzt am 16. September 2011 eine ärztliche Schlusskontrolle im Anschluss an dieses Therapieintervall in Aussicht. In der Folge fand die letzte aktenkundige Sitzung, welche über die Unfallversicherung abgerechnet wurde, am 15. Dezember 2011 statt (AB R11, R12). Zwar soll es nach nicht weiter belegten Angaben des Hausarztes vom 8. Oktober 2013 auch im März und April 2012 noch Therapiesitzungen gegeben haben (AB M21). Ob diese tatsächlich durchgeführt wurden, lässt sich aufgrund der Akten nicht feststellen. Namentlich aber haben weder der Arzt noch die behandelnde Therapeutin sich je dazu geäußert, dass bzw. für was diese angeblichen Sitzungen mit Blick auf den Heilungsverlauf überhaupt noch nötig waren. Festzuhalten ist schliesslich, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 jedenfalls bis Ende April 2012 häufig

... und ... gespielt hatte (AB M18 u. R16). Unter diesen Umständen ist mit den Angaben des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin im Bericht vom 26. März 2013 (AB M20) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bereits Ende 2011 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte, mithin der medizinische Endzustand erreicht war. Dies gilt umso mehr, als zu keinem Zeitpunkt je eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Es lässt sich deshalb – entgegen der in der Beschwerde (S. 7) vertretenen Auffassung – nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss (an sich zu Gunsten der Beschwerdeführerin) per 19. Juni 2012 geprüft hat.

**4.2** Was vorab die Schmerzen im Bereich des rechten lateralen Ellbogens und im dorsalen Vorderarm anbetrifft, traten diese gemäss dem Arztbericht des Rheumatologen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2012 erstmals im Januar 2012 auf (AB M12). Sie sind vor diesem Zeitpunkt nicht aktenkundig (vgl. insbesondere der Bericht des Hausarztes vom 3. Dezember 2011, worin keine entsprechenden Beeinträchtigungen aufgeführt werden; AB M11). Zudem wurde im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 ein Zusammenhang zwischen den Ellbogenbeschwerden im Sinne einer Epicondylitis radialis humeri (sog. Tennisellbogen; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 612) und der HWS-Problematik nachvollziehbar verneint (AB M18), was mit der Beurteilung des Vertrauensarztes vom 26. März 2013 (AB M20) übereinstimmt. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Ellbogenbeschwerden und dem Unfall vom 25. März 2011 zu Recht verneint.

**4.3** Hinsichtlich der Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich ist Folgendes festzuhalten:

**4.3.1** Die bildgebende Untersuchung wenige Tage nach dem Unfallereignis ergab in organ-pathologischer Hinsicht einzig zwei kleine Diskushernien C5/6 und C6/7 (AB M3). Es entspricht indessen einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen

Voraussetzungen, als Ursache in Betracht fällt (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Eine solche Ausnahme liegt hier nicht vor, was zu Recht auch nicht geltend gemacht wird. Insbesondere finden sich in den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Auffahrunfall von besonderer Schwere und damit geeignet gewesen wäre, die beiden Diskushernien herbeizuführen.

Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 wurden die in den echtzeitlichen Berichten beschriebenen (AB M2-M5) initialen Kribbelparästhesien vermutlich als Folge einer möglicherweise unfallbedingten Luxation der MR-tomografisch dokumentierten Diskushernie C6/7 mit Irritation der Nervenwurzel C7 rechts gesehen (AB M18 S. 2). Wäre gestützt auf diese Ausführungen davon auszugehen, dass die beiden Diskushernien im Bereich der HWS bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall bzw. durch die HWS-Distorsion aktiviert worden wären, müsste aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Status quo sine bereits vier Monate nach dem Unfall bzw. bei einer – vorliegend bildgebend jedoch nicht ausgewiesenen (AB M3) – richtunggebenden Verschlimmerung spätestens nach einem Jahr als erreicht betrachtet werden (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 f.). Damit entfiele der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich ab August 2011 bzw. im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall spätestens ab April 2012. Dies wäre denn auch praktisch deckungsgleich mit den echtzeitlichen ärztlichen Angaben. Wie in E. 4.1 hiervor festgehalten wurde, waren die Parästhesien im rechten Arm und in der Hand bereits Anfang August 2011 abgeklungen und die Schmerzen insgesamt zurückgegangen. Der Hausarzt und die behandelnde Therapeutin gingen zudem übereinstimmend davon aus, dass die Therapie bis Ende 2011 abgeschlossen werden konnte.

**4.3.2** Indessen steht unabhängig von der vorbestehenden, durch den Unfall möglicherweise aktivierten Diskushernien fest, dass die erstbehandelnden Ärzte – auf der Basis einer rechtsgenügenden Dokumentation des Unfallhergangs und der initial aufgetretenen Beschwerden – im Rahmen ihrer Untersuchungen zum Ergebnis gelangten, es liege ein Schleudertrauma mit dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild vor (AB M2, M5; vgl. AB P1-P4). Damit hat die Beschwerdegegnerin nach der bundesgerichtli-

chen Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 9.2 S. 123) zu Recht vorübergehende Leistungen für Heilbehandlung ausgerichtet.

Wie es sich darüber hinaus mit der Frage der natürlichen Kausalität unter dem Aspekt des von den Ärzten diagnostizierten Schleudertraumas (vgl. dazu grundlegend BGE 134 V 109 E. 9.2 ff. S. 123) genau verhält, kann jedoch offen bleiben. Denn aufgrund der Akten und des hiervor Festgehaltenen steht fest, dass jedenfalls spätestens im Zeitpunkt des Fallabschlusses Mitte 2012 keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen mehr vorgelegen haben, sodass die weitere Leistungspflicht für die geklagten Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich davon abhängt, ob zusätzlich ein adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist, wobei für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen ist und weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen sind (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; vgl. dazu sogleich).

## 5.

**5.1** Nach der Schleudertrauma-Praxis ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. 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. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne

dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126).

Gemäss Bundesgericht lautet der Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien wie folgt, wobei deren Aufzählung abschliessend ist (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130):

- 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.

**5.2** Einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug wie das Ereignis im vorliegenden Fall mit einer Auffahrgeschwindigkeit von ca. 30-50 km/h (AB P3, M2) gelten rechtsprechungsgemäss als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. Januar 2011, 8C\_765/2010, E. 5.1 mit Hinweisen). Die Adäquanz eines (allfälligen natürlichen) Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder vier dieser Kriterien in gehäufte Weise erfüllt wären (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5).

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 9 E. 6.1). Aus den Akten werden keine Umstände ersichtlich, die das Ereignis vom 25. März 2011 objektiv als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen liessen.

Eine Distorsion einer – wie hier – vorgeschädigten Halswirbelsäule ist eher geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen und ist deshalb als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 3 E. 3.4.2), womit ein Kriterium, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt ist.

Dagegen ist das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung vorliegend nicht erfüllt. Denn ambulante Physiotherapie, alternativ-medizinische Massnahmen und sporadische Verlaufskontrollen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung 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; Entscheidung des BGer vom 16. Februar 2009, 8C\_327/2008, E. 4.2).

Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen von Physio- und Kraniosakraltherapie behandelt. Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor.

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, die die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). In den medizinischen Unterlagen finden sich keine Hinweise auf solche besonderen Umstände; das Kriterium ist ebenfalls nicht erfüllt.

Was schliesslich die beiden Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen betrifft, ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin zu keiner Zeit arbeitsunfähig war und auch sonst keine aktenkundige relevante Beeinträchtigung im Alltag ersichtlich ist. Auch diese beiden Kriterien sind nicht erfüllt.

**5.3** Zusammenfassend ist vorliegend höchstens ein Kriterium erfüllt, jedoch nicht ausgeprägter Weise. Demnach hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich und dem Unfallereignis vom 25. März 2011 zu Recht verneint, was im Übrigen in der Beschwerde auch nicht substantiiert bestritten wird.

Unter diesen Umständen erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang. Zur Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen war die Aktenbeurteilung durch einen Facharzt der Neurologie genügend. Einer polydisziplinären Begutachtung bedurfte es im Gegensatz zur Auffassung der Beschwerdeführerin nicht.

Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

## **6.**

Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **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
  - Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft AG
  - 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.