

200 14 71 UV  
ACT/SHE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Mai 2014**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin



gegen

**Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG**

Litigation Hauptbranchen, Postfach, 8085 Zürich Versicherung

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 (271/12-114.062)

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1982 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre berufliche Tätigkeit bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 3. Januar 2012 den Kopf an einer Metalltreppe anschlug (Antwortbeilage [AB] Z1).

Bei der ärztlichen Erstkonsultation am 3. Januar 2012 im Spital B.\_\_\_\_\_ wurde die Verdachtsdiagnose einer Commotio cerebri gestellt und die Versicherte bis zum 6. Januar 2012 vollständig arbeitsunfähig geschrieben (AB Zm1). Diverse medizinische Konsultationen, Abklärungen und Berichte folgten. Nach Einholung einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 13. Juni 2012 (AB Zm28) stellte die Zürich mit Verfügung vom 25. Juni 2012 ihre bislang erbrachten Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. Januar 2012 per 2. April 2012 ein (AB Z45). Mit Schreiben vom 29. Juni 2012 liess die Versicherte dagegen Einsprache erheben (AB Z51), welche die Zürich mit Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 abwies (AB Z65).

### **B.**

Hiergegen erhebt die Versicherte am 23. Januar 2014 Beschwerde und stellt die Anträge, dass der Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, weiterhin Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen. Zur medizinischen Begründung verweist sie auf den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 10. September 2012 (AB Zm29).

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2014 auf 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** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 (AB Z65). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung.

**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.**

Einsprachen müssen ein Rechtsbegehren und eine Begründung enthalten (Art. 10 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 [ATSV; SR 830.11]). Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Einsprache vom 29. Juni 2012 (AB Z51) eingetreten (AB Z65 S. 3 Ziff. 3b), erfüllte diese doch (wenn auch nur knapp) die Anforderungen gemäss Art. 10 Abs. 1 ATSV.

## **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 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).

**3.2** 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).

**3.2.1** 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).

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).

**3.2.2** 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). 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).

**3.2.3** 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).

#### **4.**

**4.1** Unbestritten und durch die Aktenlage belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 3. Januar 2012 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 3.1 hiervor sowie AB Z1 und Z18 S. 1). Umstritten ist hingegen, ob sie – basierend auf dem besagten Unfall – Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, welche der geklagten Beschwerden initial in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. Januar 2012 standen und ob diese auch über den 2. April 2012 hinaus einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung begründen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich folgendes Bild:

**4.1.1** Am 3. Januar 2012 wurde die Beschwerdeführerin im Spital B.\_\_\_\_\_ untersucht. Im dazugehörigen Bericht vom 2. Februar 2012 (AB Zm1) wurde die Verdachtsdiagnose einer Commotio cerebri gestellt. Die Beschwerdeführerin habe sich am Vortag an einer Treppe den Kopf gestossen. Es sei Analgesie verschrieben worden. Ferner wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis 6. Januar 2012 attestiert.

**4.1.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 31. Januar 2012 (AB Zm3) eine Kontusion des Kopfes. Der Heilungsverlauf sei verzögert. Die Beschwerdeführerin klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, Parästhesien im linken Arm sowie Lärm- und Lichtempfindlichkeit. Als Behandlungsmassnahmen seien Physiotherapie und Analgesie verordnet worden.

**4.1.3** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führte im Bericht vom 22. Februar 2012 (AB Zm11) aus, die Beschwerdeführerin leide unter einem leicht- bis mässiggradigen Cervikal-Syndrom. Die Beschwerden dürften muskulär-tendinogenen Ursprungs sein. Anhaltspunkte für eine neurogene Affektion an der Halswirbelsäule ergäben sich nicht. Zeichen radikulärer Reiz- oder Ausfall-Symptome lägen nicht vor. Hinweise auf eine cervikale Myelopathie fehlten ebenfalls. Eine vorgängige Kernspintomographie der Halswirbelsäule sei normal ausgefallen. Die bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen an der linken Schulter seien nicht-

neurogenen Ursprungs. Es handle sich um eine Erkrankung des Bewegungsapparates, am ehesten tendinogenen Ursprungs. Die berichtete Schwächeempfindung am linken Arm sei auch auf diese Affektion an der linken Schulter zurückzuführen. Eine zusätzliche neurogene Erkrankung sei nicht fassbar. Weiter empfiehlt der Facharzt eine Wiederaufnahme der Physiotherapie gegen die Nacken- und linksseitigen Schulterbeschwerden.

**4.1.4** Gemäss dem Bericht von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 26. März 2012 (AB Zm16) bestehe klinisch kein Hinweis auf eine neurologische Ausfallssymptomatik im Bereich des linken Armes, insbesondere bestehe keine radikuläre Affektion. Der Eindruck einer Muskelschwäche entstehe nicht durch die Verminderung der tatsächlich vorhandenen Kraft (bzw. eine Lähmung), sondern durch das „Giving-Way“ der Beschwerdeführerin, welches durch die Schmerzen entstehe. Der Unfallhergang ergebe keine Elemente, welche eine Brachialgie als Verletzungsfolge plausibel machen könne. Auch eine radikuläre Reizsymptomatik könne nicht diagnostiziert werden. Der elektrophysiologische Befund entspreche der klinischen Beurteilung. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führt weiter aus, dass die Beschwerdeführerin seines Erachtens jedoch sehr wohl unter einer Schmerzsymptomatik leide, welche er am ehesten als im weitesten Sinne „rheumatologisch“ bezeichne. Pragmatisch sei wohl eine konsequente und nachhaltige analgetische Behandlungen die beste Option (S. 2).

**4.1.5** Im Bericht vom 11. März 2012 (AB Zm19; vgl. auch Z8) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, die Diagnose einer Schädelprellung mit Bewusstseinsverlust und unklarer Armschwäche links. Die Beschwerdeführerin klagte über Nackenschmerzen und eine allgemeine Armschwäche links. Gemäss den Aussagen des Arztes spielen weder Krankheiten noch andere Unfälle eine Rolle.

**4.1.6** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Angiologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 1. Mai 2012 (AB Zm21) ein Trauma mit Kontusion des Kopfes am 3. Januar 2012 mit persistierenden linksseitigen Armschmerzen. Eine relevante Durchblutungsstörung habe ausgeschlossen werden können (S. 1). Duplexsonographisch habe er offene Arterien links gefunden. Er könne somit eine Verletzung der Arterien als Ursache der Beschwerden ausschliessen. Am Ehesten handle es sich

um einen Vasospasmus, welcher neurogen vermittelt aufträte. Differentialdiagnostisch käme somit für die Beschwerden auch eine Affektion der HWS in Frage (S. 2).

**4.1.7** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 6. Juni 2012 (AB Zm26) unter anderem ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom links bei Status nach Distorsion der HWS anlässlich eines Unfalls bei der Arbeit am 3. Januar 2012 (S. 1). Die von der Beschwerdeführerin geklagten posttraumatischen Beschwerden müssten mechanisch dynamisch gemäss vorgenannter Diagnostik erklärt werden. Radikuläre Irritations- oder Kompressionszeichen fänden sich nicht. Antalgisch bedingt komme es bei der Kraftprüfung zu einer sakkadierenden Innervation im Bereich des linken Armes ohne sichere Hinweise für eine Seitendifferenz für die maximale Kraft. Nachdem bisherige konservative Therapiebemühungen wie Physiotherapie, Analgetika inkl. NSAID keine stabile Besserung der Beschwerden gebracht hätten und in Anbetracht der klinisch pathologischen Befunde sei die Indikation für eine konsequente muskuläre Stabilisationsbehandlung, im Sinne eines therapeutisch begleiteten medizinischen Krafttrainings an Geräten, gegeben. Eine erfolgreiche Therapie sei nur nicht möglich, falls es nicht gelinge, durch den Schmerz hindurch einen guten Kraftaufbau zu realisieren, oder wenn die Beschwerdeführerin aus welchen Gründen auch immer, nicht aktiv gut mitarbeiten könne/wolle (S. 2). Sie sei seit dem 3. Januar 2012 arbeitsunfähig geschrieben. Ein Arbeitsversuch zu 25% ab dem 12. März 2012 habe am 23. März 2012 abgebrochen werden müssen wegen Zunahme der Beschwerden (S. 3). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ attestierte ab dem 21. Mai 2012 bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB Zm22).

**4.1.8** Am 13. Juni 2012 verfasste der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, einen Bericht (AB Zm28). Danach habe die Occiput-Kontusion keine objektivierbaren organischen Verletzungen verursacht. Die Beschwerden nach einer Kontusion ohne strukturelle Läsionen würden gemäss allgemeiner medizinischer Erfahrung innerhalb von maximal drei Monaten wieder abheilen. Die Schwäche im Arm habe auch nach intensiver neurologischer Untersuchung / Abklärung keinem organischen Korrelat zugewiesen werden können. Aus den Befunden und dem

Verlauf schliesst Dr. C. \_\_\_\_\_, dass weder die Kopf- noch die im Vordergrund stehenden Armschmerzen ab Ende März 2012 überwiegend wahrscheinlich kausal zur Occiput-Kontusion vom Januar 2012 seien (S. 2).

**4.1.9** Nach Erlass der leistungseinstellenden Verfügung verfasste Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 10. September 2012 einen weiteren Bericht (AB Zm29), wonach die Beschwerdeführerin seit dem 8. Mai 2012 wegen den Folgen des Unfallereignisses vom 3. Januar 2012 in seiner fachrheumatologischen Behandlung stehe. Sie gebe glaubhaft an, vor dem Unfallereignis von Seiten der Wirbelsäule völlig beschwerdefrei und normal belastbar gewesen zu sein. Der Heilungsverlauf sei dann prolongiert. Mit seiner spezialisierten Behandlung hätten sich die Beschwerden nun doch deutlich verringert. Immerhin sei die Beschwerdeführerin, gemäss ihren Angaben, während einigen Sekunden nach dem Unfallereignis bewusstlos gewesen, so dass davon ausgegangen werden müsse, dass es sich beim Ereignis um ein moderates bis heftiges unerwartetes Ereignis gehandelt habe. In diesem Zusammenhang sei davon auszugehen, dass die aktuell geklagten Beschwerden nach wie vor in einem sehr wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Es gebe immer wieder Fälle, wo der Verlauf prolongiert sei, so dass nicht nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 2. April 2012 eingestellt habe.

**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).

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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**4.3** Vorliegend erfüllt der Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2012 (AB Zm28) die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor). Er hat sich in seiner Stellungnahme einlässlich mit den medizinischen Vorakten auseinandergesetzt. Dass er keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht, denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Der Facharzt führt einleuchtend aus, warum in Bezug auf den Unfall vom 3. Januar 2012 spätestens Ende März 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Status quo ante vel sine (vgl. E. 3.2.3 hiervor) erreicht war. Dies überzeugt, weshalb in der Folge darauf abzustellen ist.

Die Schlussfolgerungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ werden dadurch untermauert, dass in den umfangreichen Akten kein somatisches Korrelat der Beschwerden dokumentiert ist. Sowohl das CT des Schädels vom 4. Januar 2012 wie auch das MR der HWS vom 13. Februar 2012 zeigten keine Unfallfolgen (AB Zm2 und Zm9), während neurologisch und angiologisch kein Gesundheitsschaden festgestellt werden konnte (Berichte von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2012 [AB Zm11], von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 26. März 2012 [AB Zm16 S. 2] und von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 [AB Zm21 S. 2]). Damit besteht in somatischer Hinsicht von vornherein kein Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. Januar 2012.

Soweit Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 6. Juni 2012 von „post-traumatischen Beschwerden“ spricht (AB Zm26 S. 2), beweist dies nicht einen vorliegenden natürlichen Kausalzusammenhang der geltend gemachten Beschwerden zum Unfall vom 3. Januar 2012, decken sich doch der medizinische Begriff des Traumas und der rechtliche Begriff des Unfalls nicht (ALFRED BÜHLER, Der Unfallbegriff, in Alfred Koller [Hrsg.], Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, St. Gallen 1995, S. 266 Fn. 375). Darüber hinaus hat sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in diesem Bericht nicht zur natürlichen Kausalität geäußert, sondern befasst sich allein mit dem aktuellen Zustand und der Behandlung. In seinem Bericht vom 10. September 2012 (AB Zm29) bejaht der Arzt zwar die Kausalität, dies jedoch allein mit der nicht massgebenden Begründung des „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Einen Grund für den Kausalzusammenhang oder einen unfallkausalen organischen Schaden nennt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dagegen nicht und es ist auch nicht klar, ob er die Ergebnisse der im vorherigen Abschnitt aufgezählten Abklärungen kennt. Ein Element, das der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, nicht beachtet hätte, oder einen überzeugenden Grund, weshalb dessen Einschätzung vom 13. Juni 2012 (AB Zm28) nicht zutreffen sollte, führt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ebenfalls nicht an, so dass gestützt auf seine Berichte weder ein natürlicher Kausalzusammenhang erstellt ist noch Zweifel an der Einschätzung des Dr. med.

C.\_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2012 (AB Zm28) geweckt werden. Damit ändert auch der Umstand, dass sich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Juni 2012 (AB Zm28) nicht mit jenem von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2012 (AB Zm26) auseinandersetzt, nichts am Resultat.

**4.4** Psychische Beschwerden sind weder erstellt noch werden solche geltend gemacht. Somit entfällt ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. Januar 2012 von Anfang an.

**4.5** Nach dem Dargelegten besteht mangels natürlichen Kausalzusammenhangs kein Anspruch mehr auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung. Dass die Beschwerdegegnerin die UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 3. Januar 2012 per 2. April 2012 (AB Z41) eingestellt hat, ist rechtens und nicht zu beanstanden. Die gegen den Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 (AB Z65) erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - Zürich 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.