

200 18 670 UV  
KNB/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. August 2020**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357,  
8401 Winterthur  
vertreten durch C. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. August 2018 (UVG 44.029.255/91)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1959 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie sich gemäss Unfallmeldung vom 9. Februar 2016 am 31. Januar 2016 bei einem Auffahrunfall ein Schleudertrauma mit Schmerzen im Kopf und Nacken zuzog (Akten der AXA [act. IIA] A1). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen und nahm medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 5. Juli 2017 (Akten der AXA [act. IIB] M31) stellte sie die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Verfügung vom 13. September 2017 (act. IIA A110) rückwirkend per 31. Juli 2016 ein. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIA A111) wies die AXA nach Einholen einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes (act. IIB M34) mit Entscheid vom 3. August 2018 (act. IIA A117) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 14. September 2018 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

Der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 3. August 2018 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien rückwirkend und bis auf Weiteres die ihr gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen, namentlich Invalidenrente, Taggelder, Integritätsentschädigung, Heilungs- und Behandlungskosten etc., auszurichten.

Eventualiter sei der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 3. August 2018 aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neu Beurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen.

Subeventualiter sei der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 3. August 2018 aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die AXA Versicherungen AG zurückzuweisen.

– Unter Kosten- und Entschädigungsfolge –.

Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt D.\_\_\_\_\_, schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 6. Februar 2019 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin zur Mitteilung auf, bis wann der Beschwerdeführerin welche UV-Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Januar 2016 effektiv ausgerichtet worden seien. Dieser Aufforderung kam die Beschwerdegegnerin mit Eingabe selben Datums nach. Mit Schreiben vom 7. Februar 2019 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin die beiden Schreiben inkl. Beilage zur Kenntnisnahme zu.

Mit Replik vom 20. Februar bzw. Duplik vom 4. März 2019 hielten die Parteien an den bisherigen 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 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 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

kantonales Gesetz 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 3. August 2018 (act. IIA A117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 31. Juli 2016 hinaus.

**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 Beschwerdeführerin rügt vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin, indem diese ihr die im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholte Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, vom 28. Juni 2018 (act. IIB M34) vor Erlass des Einspracheentscheids vom 3. August 2018 (act. IIA A117) nicht zur Kenntnisnahme und allfälligen Stellungnahme zugestellt habe (Beschwerde S. 4 ff.).

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). 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 solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen 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 be-

einflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

**2.3** Die Stellungnahme des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 (act. IIB M34) hat im Wesentlichen eine Auseinandersetzung mit den in der Einsprache vom 16. Oktober 2017 (act. IIA A111) vorgebrachten Rügen zum Gegenstand. Mit der entsprechenden Anfrage an den beratenden Arzt war keine zusätzliche Sachverhaltsabklärung beabsichtigt, sie stellt damit auch keine weitere Beweismassnahme dar. Dementsprechend musste der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang das rechtliche Gehör nicht gewährt werden.

Selbst wenn in der nicht erfolgten Zustellung der Stellungnahme eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken wäre, würde die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu dessen Gewährung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, weshalb davon abzusehen ist (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

### **3.**

**3.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Die Beschwerdeführerin erlitt den Unfall am 31. Januar 2016 (act. IIA A1), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

**3.2** 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).

**3.3** 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**3.4** 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**3.5** 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).

**3.5.1** 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; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

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; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

**3.5.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzu beziehen. 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 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). 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. Erforderlichen-

falls 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).

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).

**3.6** Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Juli 2018, 8C\_210/2018, E. 3.2.3.1).

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz

vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

**3.7** Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

#### **4.**

**4.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 31. Januar 2016 (vgl. act. IIA A1) einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 3.2 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus (31. Juli 2016 [act. IIA A110 S. 4) geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit diesem Unfall stehen. Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**4.1.1** Dem Bericht über die ambulante Behandlung des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2016 (act. IIB M1) ist zu entnehmen, dass die Patientin nach einem Verkehrsunfall notfallmässig per Sanität eingewiesen worden sei. Sie habe berichtet, dass sie Insassin eines PKWs auf dem rechten Rücksitz gewesen sei, als das Auto, welches sich im Schritttempo befunden habe, von hinten von einem PKW erfasst worden sei. Nach dem

Unfall habe sie selbstständig aufstehen und aus dem Auto aussteigen können. Bewusstlosigkeit, Amnesie, Schwindel, Doppelbilder, Nausea und Erbrechen seien verneint worden. Sie habe von Schmerzen im Bereich von HWS, BWS und BWS/LWS-Übergang berichtet. Ein CT der Wirbelsäule habe keine Frakturen gezeigt (vgl. auch act. IIB M4). Diagnostiziert wurde ein Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion und BWS/LWS-Distorsion. Für den Zeitraum vom 31. Januar bis 7. Juli 2016 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**4.1.2** Im "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" vom 31. Januar 2016 (act. IIB M5) wurde festgehalten, dass direkt nach dem Unfall Kopf- und Nackenschmerzen, dreieinhalb Stunden später auch Schmerzen in der Schulter und im Rücken aufgetreten seien. Vor dem Unfall hätten behandlungsbedürftige Beschwerden in der Lendenwirbelsäule (Arthrose) bestanden.

**4.1.3** Im Bericht vom 9. Februar 2016 (act. IIB M2) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine HWS-Distorsion II und eine ausgeprägte posttraumatische Anpassungsstörung. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis ca. Ende März 2016.

In einem weiteren Bericht vom 15. April 2016 (act. IIB M14) führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus, die Patientin leide seit Jahren unter periodisch auftretenden lumbo-vertebralen Schmerzen, die normalerweise auf die Lendenwirbelsäule beschränkt geblieben seien. Im September 2015 sei zusätzlich eine Lumboischialgie d.h. ein Beinschmerz links aufgetreten. Eine MRI-Untersuchung habe eine beginnende Chondrose der Bandscheibe LWK4/5 mit möglichem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits sowie eine Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit möglichem Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 ohne Nachweis einer Kompression der Nervenwurzel gezeigt. Eine im November 2015 erfolgte Facettengelenksinfiltration L4-S1 beidseits habe zu einer deutlichen Linderung geführt. Im Moment sei die Patientin lumbal beschwerdearm, insbesondere sei der Beinschmerz abgeklungen.

**4.1.4** Im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ des Spitals I.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2016 (act. IIB M19) wurde festgehalten, die berichteten chronischen Kopfschmerzen würden als multifaktoriell interpretiert. Aufgrund des

zeitlichen Beginns nach dem Auffahrunfall und der zervikalen Muskelverspannung mit Druckdolenz seien eine zervikogene Komponente nach einem Trauma und eine myofasziale Komponente nach möglicher Fehlbelastung (infolge des Traumas) wahrscheinlich. Ferner könne der Medikamentenübergebrauch zu der Chronifizierung beigetragen haben. Eigenanamnestische Merkmale sprächen für migräniforme Kopfschmerzen, wobei dafür der Beginn in dem Alter atypisch sei und formell die Diagnosekriterien nicht erfüllt seien.

**4.1.5** Dem Bericht der Klinik J. \_\_\_\_\_ des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2016 (act. IIB M20) sind die Hauptdiagnosen chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom, ausgeprägte Anpassungsstörung, chronische Kopfschmerzen multifaktorieller Genese und chronische Hepatitis B zu entnehmen. Die nach dem Auffahrunfall am 31. Januar 2016 aufgetretenen Schmerzen im Bereich der HWS seien trotz Analgetika sowie physiotherapeutischer Behandlungen im Verlauf zunehmend mit Schmerzausweitung bis in die Zehenspitzen. Klinisch finde sich kein Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik bei vor allem myofaszialen Beschwerden und Verdacht auf Schmerzausweitung. Auffällig sei auch die zunehmende depressive Symptomatik mit Schlafstörungen und Gedächtnisstörungen. Die bisher durchgeführten Behandlungen, vor allem passive physiotherapeutische Behandlung, Analgetika-Therapie und auch Versuche mit Temesta, seien erfolglos geblieben.

**4.1.6** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 7. Juni 2016 (act. IIB M22) fest, die Beschwerden hätten sich seit Februar 2016 in keiner Weise verbessert. Die objektiven Befunde seien im Wesentlichen gleich geblieben. Im Moment sie nicht mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

**4.1.7** Im Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2016 (act. IIB M27) wurde ausgeführt, es bestehe weiterhin eine unveränderte Situation mit Nacken- und Kopfschmerzen sowie Muskelschmerzen infolge eines Auffahrunfalles im Januar 2016. Die physiotherapeutischen Massnahmen hätte keine Linderung der Beschwerden gebracht, durch die Beschwerden habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt. Ein durchgeführtes MRT des Schädels habe keine sekundäre

Ursache für die Kopfschmerzen gezeigt. Das MRI der Wirbelsäule habe ein dorsolaterales Bandscheiben-Bulging HWK4/5 links mit foraminaler Einengung links ohne Myelopathie-Zeichen gezeigt, bei sonst altersentsprechendem Normalbefund. Klinisch-neurologisch bestehe keine radikuläre Symptomatik.

**4.1.8** Im Bericht der psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_ vom 21. November 2016 (act. IIB M29/1) wurde eine depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32) diagnostiziert, als diagnostische Hypothese wurden psychosomatische Beschwerden (somatoforme Störungen; ICD-10: F45.0) erwähnt. Die psychiatrische Behandlung durch den ambulanten Dienst habe am 12. September 2016 begonnen. Es würden medikamentöse Therapien sowie Psychotherapie durchgeführt. Bis heute sei nicht wirklich ein positives Ergebnis festzustellen.

**4.1.9** Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 27. April 2017 (act. IIB M31/5) wurde ein Status nach länger anhaltender depressiver Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung gemäss ICD-10: F43.21, aktuell remittiert, diagnostiziert (S. 26). Im Rahmen der Begutachtung seien weitgehend unauffällige Befunde festgestellt worden. Eine affektive Störung mit eigenständigem Krankheitswert im Sinne einer anhaltenden depressiven Störung könne nicht mehr diagnostiziert werden (S. 23). Die Explorandin zeige aktuell durchaus eine gewisse Somatisierungstendenz und auch eine ängstliche Grundhaltung, dass die Schmerzen infolge von Aktivitäten zunehmen könnten. Es bestehe auch eine Opferhaltung und in diesem Zusammenhang eine Passivität. Hingegen könne aktuell die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Schmerzverarbeitungsstörung mit eigenständigem Krankheitswert nicht gestellt werden (S. 24). Die Entwicklung der depressiven Reaktion werde im Zusammenhang mit den Unfallfolgen gesehen. Bei deren Entwicklung hätten die ereignisbezogenen Faktoren eine massgebende Rolle gespielt. Insbesondere die Zunahme der Schmerzsymptomatik wie auch der Verlust der Tagesstruktur infolge des Unfallgeschehens habe die Entstehung der depressiven Reaktion gefördert. Anhaltende Unfallfolgen lägen nicht vor. Ohne das Unfallgeschehen wäre es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zur Entwicklung der depressiven Störung gekommen. Aktuell sei die Exploran-

din zu 100 % als arbeitsfähig zu beurteilen. Nach dem Unfallgeschehen bis Dezember 2016 werde von einer Leistungsminderung von 20 % ausgegangen (S. 29 f.). In den letzten drei Monaten, nach Beginn der psychiatrischen Behandlung, sei es zu einer weitgehenden Remission der anamnestisch beschriebenen depressiven Reaktion gekommen (S. 31). Es empfehle sich eine Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Massnahmen, um die erreichte Stabilität aufrecht zu erhalten (S. 32).

Im Bericht der Praxis L. \_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 (act. IIB M31/4) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es bestehe ein praktisch generell geringes kognitives Leistungsniveau. Die Testwerte der Probandin entsprächen einer durchschnittlichen Leistung in der Altersgruppe knapp unter sechs Jahren, was an der Gültigkeit der vorliegenden Resultate zweifeln lasse, auch wenn man den soziokulturellen Hintergrund berücksichtige. Insgesamt ergebe sich das Bild praktisch durchgängig geringer Testleistungen. Ursächlich spielten mehrere Faktoren mit. Hinweise auf eine hirnorganische Ursache ergäben sich keine, auch weise die Charakteristik der neuropsychologischen Befunde nicht darauf hin. Die Leistungsfähigkeit werde wahrscheinlich negativ beeinflusst durch das subjektiv beeinträchtigte körperliche und psychische Befinden, was das Umsetzen der kognitiven Fähigkeiten erschwere. Darüber hinaus ergäben sich deutliche Hinweise auf eine nicht durchgehend intakte Anstrengungsbereitschaft. Die Validität der Befunde sei in diesem Sinne nicht gegeben. Es müsse von einem höheren kognitiven Leistungspotential ausgegangen werden, als es die vorliegenden Testresultate zeigten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne nicht attestiert werden (S. 6 ff.).

Dem rheumatologischen Teilgutachten der MEDAS vom 23. März 2017 (act. IIB M31/3) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 19):

- Myofaszielles Schmerzsyndrom mit teils cephalen, teils vertebralen bis spondylogenen Beschwerden cervico-thorakal mit/bei
- Wirbelsäulenfehlstatik und muskulärer Dysbalance
- degenerativen Veränderungen cervical, hauptsächlich im Segment C4/5, klinisch und bildgebend ohne Hinweise auf Radikulopathie
- degenerativen Veränderungen im thorakalen Bereich mit bereits seit Jahren sichtbarer Spondylose im oberen und mittleren BWS-Bereich.

Die Explorandin präsentierte eine akzentuierte Beschwerdeschilderung mit Angabe eines hohen Leidensdruckes. Sie schilderte und präsentierte nicht schlüssig erklärbare Limitierungen und Belastungseinschränkungen. Unerklärlich sei der nach dem Unfall eingetretene starke Wechsel der Symptomatik mit früher geklagten generalisierten weichteilrheumatischen Beschwerden (Fibromyalgie), cephalen und spondylogenen Beschwerden cervical und lumbal zu einer heute auf Kopf, Hals, Schultergürtel, Thorax und Arme beschränkten Schmerzsymptomatik. Eine unfallbedingte Verschlechterung des schmerzhaften Vorzustandes mit verstärkten Beschwerden im Bereiche von Nacken, Schultergürtel und ausstrahlend in die Arme sei nachvollziehbar. Ein Kausalzusammenhang zum Unfall sei mit überwiegend wahrscheinlich gegeben. Die moderaten Veränderungen der Halswirbelsäule auf Niveau C4/5, ohne Neurokompression, seien degenerativer Natur. Unfallbedingte Läsionen hätten mittels CT und MRI nicht erfasst werden können. Der Status quo ante müsste sechs Monate nach dem Unfall erreicht gewesen sein (S. 22 f.).

Im neurologischen Teilgutachten der MEDAS vom 6. März 2017 (act. IIB M31/2) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 17). In der körperlichen Untersuchung hätten sich keine sensorischen Ausfälle objektivieren lassen. Ein Vermeidungsverhalten sei weder während der Anamneseerhebung noch beim Aus- oder Anziehen der Kleider, noch während der körperlichen Untersuchung zu beobachten gewesen. Zusammenfassend könne von einer HWS-Distorsion bei Auffahrunfall ausgegangen werden. Neurologische Ausfälle seien nicht objektivierbar. Die in den Berichten des Spitals I. \_\_\_\_\_ separat beurteilten Kopfschmerzen hätten sich aktuell aus dem gesamten Beschwerdebild nicht mehr isolieren lassen, zumal die Versicherte angebe, dass die Beschwerden in der oberen Hälfte des Rückens, am Schulternackengürtel und am Hinterkopf permanent vorhanden und von gleichem Charakter an allen diesen Lokalisationen seien (S. 18). Aus neurologischer Sicht hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen, die mit dem Unfall vom 31. Januar 2016 in kausalem Zusammenhang zu sehen wären (S. 20).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 5. Juli 2017 (act. IIB M31/1) hielten die Gutachter der MEDAS fest, nach dem Unfall sei die Verschlechterung

rung der anamnestisch bekannten myofaszialen Beschwerden im Vordergrund gestanden. Im Verlauf sei es auch aufgrund dieser Beschwerden sowie aufgrund der Unfallfolgen zur Entwicklung eines reaktiven depressiven Zustandsbildes gekommen. Sechs Monate nach dem Unfallgeschehen werde aus somatischer Sicht davon ausgegangen, dass der Status quo ante erreicht worden sei. Spätestens seit Dezember 2016 werde aus psychiatrischer Sicht davon ausgegangen, dass der Status quo ante ebenfalls erreicht worden sei. Die aktuell vorliegenden Beschwerden seien auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen. Rein unfallbedingt habe während der ersten sechs Monate in der bisherigen Tätigkeit sowie in angepasster Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab August 2016 werde die bisherige Tätigkeit weiterhin als nicht zumutbar beurteilt, jedoch nicht aufgrund von Unfallfolgen, sondern krankheitsbedingt. Aus psychiatrischer Sicht werde bis Dezember 2016 eine Leistungsminderung von 20 % in der bisherigen Tätigkeit attestiert (S. 46).

**4.1.10** In der von der damaligen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eingeholten Stellungnahme vom 29. August 2017 (act. IIB M32) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, die aktuell bestehenden Beschwerden im Nacken seien seines Erachtens auf den Unfall zurückzuführen. Bis zum Unfall habe die Patientin während Jahren schon Beschwerden im Bereich des Rückens und auch der Weichteile gehabt, sei jedoch bis zum Unfall abgesehen von kurzdauernden Arbeitsausfällen immer voll arbeitsfähig gewesen. Das Ausmass der Beschwerden sei viel weniger ausgeprägt gewesen und die Schmerzen seien nur periodisch verstärkt aufgetreten. Angesichts der nun anhaltenden ausgeprägten Schmerzen im Anschluss an den Unfall sei es ihr in keiner Weise mehr möglich, eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit auszuüben.

**4.1.11** Der beratende Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 28. Juni 2018 (act. IIB M34) aus, die im rheumatologischen Teilgutachten festgehaltene Beurteilung zur Arbeitsunfähigkeit sei gut begründet, nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit den objektiven Befunden. Zur Frage nach einer namhaften Verbesserung nehme der Gutachter keine Stellung. Aufgrund der vorliegenden Ressourcen und der Selbstlimitierungen der Versicherten sei nicht mit einer namhaften Besserung zu

rechnen. Die Beurteilung aus rheumatologischer Sicht, wonach der Status quo sine am 31. Juli 2016 erreicht gewesen sei und danach die Vorzustände den Beschwerdeverlauf bestimmt hätten, sei nachvollziehbar, da keine strukturellen Veränderungen als Folge des Ereignisses vom 31. Januar 2016 nachweisbar seien und aufgrund von breit abgestützten Erfahrungswerten Beschwerden durch distorsionelle Zustände infolge Traumas im Bereich der Wirbelsäule in aller Regel nach sechs Monaten ausgeheilt seien. Unfallbedingte Befunde seien objektiv nicht nachweisbar. Die festgestellten unfallfremden Befunde erklärten die aktuell geklagten Beschwerden nicht. Es handle sich um leichte degenerative Veränderungen, die nicht geeignet seien, ein chronifiziertes Beschwerdebild mit diffusen Schmerzen, Kraftminderungen und Bewegungslimiten zu bewirken.

**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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

**4.3** Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 5. Juli 2018 (act. IIB M31/1) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Experten haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen auch gestützt auf die eigenen Untersuchungen in den Fachrichtungen Rheumatologie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachvollziehbar begründet. Dasselbe gilt für die Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 (act. IIB M34), welcher den Status quo ante – wie der rheumatologische Teilgutachter – überzeugend auf sechs Monate nach dem Unfallereignis terminiert (vgl. dazu auch SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.2; Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 8C\_13/2018 E. 3.3).

Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik am MEDAS-Gutachten verfängt nicht, zumal keine wesentlichen Aspekte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Insbesondere vermag die Beschwerdeführerin aus der Aussage des neuropsychologischen Teilgutachters, wonach "[d]ie Validität der Befunde [...] in diesem Sinne nicht gegeben [sei]" (act. IIB M31/4 S. 8), nichts für sich abzuleiten (Beschwerde S. 7 Ziff. 2.1). Mit dieser Aussage hat der Gutachter vielmehr die im Rahmen der neuropsychologischen Testung aufgefallenen deutlichen Hinweise auf eine nicht durchgehend intakte Anstrengungsbereitschaft (act. IIB M31/4 S. 7) zusammengefasst. Daraus kann offensichtlich nicht auf die fehlende Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens geschlossen werden. Soweit die Beschwerdeführerin auf ihren behandelnden Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ verweist, wonach insbesondere die Beschwerden im

Nackebereich über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung anhaltend auf den fraglichen Unfall zurückzuführen seien (Beschwerde S. 8 Ziff. 2.4), ist festzustellen, dass es sich bei den diesbezüglichen Aussagen im Bericht vom 29. August 2017 (act. IIB M32 S. 1 Ziff. 2 und 3) um eine beweisrechtlich unzulässige "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2) handelt.

**4.4** Für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden liessen sich zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende Juli 2016 (act. IIA A110 S. 4) keine nachweisbaren organischen Unfallfolgen feststellen. Die am Unfalltag vorgenommenen bildgebenden Untersuchungen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule zeigten altersentsprechende, nicht pathologische Befunde ohne Hinweise auf eine Fraktur (act. IIB M3, M4). Der rheumatologische Teilgutachter gelangte dementsprechend zum überzeugenden Schluss, dass sich die vorgetragenen Beschwerden, Limitierungen und funktionellen Einschränkungen nicht schlüssig somatisch erklären liessen (act. IIB M31/3 S. 24 f.). Die fehlende Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden wird von der Beschwerdeführerin denn auch explizit anerkannt (vgl. Beschwerde S. 9 oben). Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zur Frage eines objektivierbaren organischen Substrats des Gesundheitsschadens erwartet werden konnten bzw. die erforderlichen bildgebenden Verfahren bereits durchgeführt worden waren (Röntgen, CT, MRI), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet hat (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Wie es sich beim Fehlen organisch objektivierbarer unfallkausaler Befunde mit dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2016 sowie den geklagten Beschwerden verhält (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 2.4), braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden, da es vorliegend an der für die Leistungspflicht im Weiteren vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhanges fehlt (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; vgl. nachfolgend E. 5.4). Die in der Beschwerde beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (S. 2 Rechtsbegehren 2 und 3) können allein den natürlichen Kausalzusammenhang betreffen und sind deshalb nicht notwendig.

## 5.

**5.1** Weiter kann offen bleiben, ob die Adäquanz gemäss der Praxis nach BGE 134 V 109 oder nach BGE 115 V 133 zu prüfen ist resp. ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten sind. Die Adäquanz ist nämlich auch unter Berücksichtigung der für die Beschwerdeführerin tendenziell günstigeren Praxis gemäss BGE 134 V 109 (da nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten unterschieden wird; BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117 in Verbindung mit E. 10.1 S. 126 f.) zu verneinen (vgl. nachfolgend E. 5.4).

**5.2** 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. 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 mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 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. 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 (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fäl-

len im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. 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 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 6.1). Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E. 4c S. 384).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.1):

- 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 Be-

schwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

**5.3** Der Unfallhergang vom 31. Januar 2016 ist in den amtlichen Akten dokumentiert. Gemäss Sachverhaltsschilderung der Kantonspolizei ... im Rapport vom 26. Februar 2016 (act. IIB unpag. S. 8 f.) sei der Sohn der Beschwerdeführerin mit seinem Personenwagen (PW 2) mit ca. 80 km/h auf dem Überholstreifen der Autobahn ... in Richtung ... gefahren. Kurz nach dem ...tunnel habe er seine Fahrt verkehrsbedingt bis fast zum Stillstand abbremsen müssen. Der Unfallverursacher sei mit seinem Personenwagen (PW 1) auf demselben Fahrstreifen gefolgt, habe jedoch wegen mangelnden Abstandes nicht mehr reagieren können und sei in der Folge heftig gegen das Heck des fast stehenden PW 2 geprallt. Durch die Wucht des Unfalls sei der PW 1 gedreht worden, wobei er mit der Mittelleitplanke kollidiert sei. Beim Unfall seien drei Personen leicht verletzt worden, an der Verkehrseinrichtung sei Sach- und an den Fahrzeugen Totalschaden entstanden. Laut dem unfallanalytischen Kurzgutachten vom 19. April 2016 habe die Kollisionsanalyse gezeigt, dass die relative Kollisionsgeschwindigkeit des PW 1 zwischen ca. 48 und 58 km/h und die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des PW 2 zwischen ca. 20 und 26 km/h gelegen habe (act. IIA A29 S. 6).

**5.4** Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (z.B. Entscheid des BGer vom 9. März 2010, 8C\_812/2009, E. 5.1). Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb hier etwas anderes gelten sollte. Bei einem mittleren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen liegen die nach der Rechtsprechung notwendigen Kriterien gehäuft vor, wenn vier davon erfüllt sind (E. 5.2 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin für eine Qualifikation des Ereignisses als zumindest schweren Fall im mittleren Bereich bzw. als Grenzfall zu einem schweren Unfall plädiert (Beschwerde S. 11) ist ihr nicht zu folgen. Mit Blick auf die Kasuistik (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 65 ff.) wäre das Ereignis – wenn überhaupt – höchstens als mittelschwer im engeren Sinne einzuordnen. Bei der gegebenen Unfallschwere könnte die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfa-

cher Form erfüllt wären oder eines besonders ausgeprägt vorläge (vgl. E. 5.2 hiervor).

**5.4.1** Dem Unfallereignis vom 31. Januar 2016 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen und wurden auch nur in deutlich gravierenderen Fällen bejaht (vgl. Rechtsprechungsübersicht im Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 8C\_398/2012, E. 6.1.1). Soweit die Beschwerdeführerin auf die relative Kollisionsgeschwindigkeit des Unfallfahrers verweist, welche zwischen 48 und 58 km/h betrug (Replik S. 5), ist festzustellen, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Fahrzeuges, in welchem sich die Beschwerdeführerin befand, lediglich zwischen ca. 20 und 26 km/h lag (act. IIA A29 S. 6). Die Tatsache, dass dieses Fahrzeug Totalschaden erlitt (Beschwerde S. 9), führt ebenfalls nicht zur Bejahung des Kriteriums, bedeutet dies im vorliegenden Fall doch einzig, dass die Reparaturkosten den Zeitwert des Fahrzeuges überstiegen hätten (act. IIA A9) und nicht, dass das Fahrzeug beim Unfall gleichsam zerstört worden wäre. Aus der Fotodokumentation ist denn auch ersichtlich, dass zwar das Heck auf der rechten Seite relativ stark eingedrückt worden ist, der Innenraum und insbesondere die Sitzbank, auf welcher die Beschwerdeführerin sass, jedoch unbeschädigt geblieben sind (act. IIA A1, A9 Fotos Nr. 1-3, 10 f.).

**5.4.2** Die erlittenen Verletzungen waren weder schwer noch von besonderer Art; die Diagnose einer HWS-Distorsion (vgl. act. IIB M2) genügt für sich allein nicht (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Dieses Kriterium wurde seitens der Beschwerdeführerin denn auch korrekterweise nicht angerufen (Replik S. 5).

**5.4.3** Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist ebenfalls nicht zu bejahen: Dieses erfordert eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ambu-

lante Physiotherapie, alternativ-medizinische Massnahmen sowie 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; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C\_327/2008, E. 4.2). Die Beschwerdeführerin wurde am Unfalltag im Spital F.\_\_\_\_\_ ambulant untersucht, wobei die Ärzte Bedarfsanalgesie verordneten (act. IIB M1). In der Folge wurden verschiedene Beschwerdesymptome apparativ und bildgebend näher abgeklärt (act. IIB M4, M18, M21, M23/1), es fanden indes weder invasive Eingriffe noch eigentliche ärztliche Behandlungen von somatischen Gesundheitsschäden statt, die Beschwerdeführerin nahm höchstens noch Physiotherapie (act. IIB M15) sowie ambulante Psychotherapie (act. IIB M29/1) in Anspruch.

**5.4.4** Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit 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; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9). Die üblicherweise mit Schleudertraumen verbundenen Beschwerden können nicht genügen, ansonsten das Kriterium bei jeder solchen Verletzung bejaht werden müsste und damit keine Bedeutung als Differenzierungsmerkmal mehr hätte (Entscheid des BGer vom 14. August 2012, 8C\_938/2011, E. 5.3.4). Nach Lage der Akten übersteigen die unfallbedingt aufgetretenen Schmerzen und die Beeinträchtigung, welche die Beschwerdeführerin dadurch im Lebensalltag erfahren hat, das bei derartigen Verletzungen Übliche sicher nicht in einem Masse, dass das Kriterium der erheblichen Beschwerden als erfüllt erscheint. Insbesondere findet das von der Beschwerdeführerin geschilderte Angewiesensein auf massgebliche Hilfe in der Alltagsbewältigung (Beschwerde S. 10, Replik S. 6) in den medizinischen Akten bei fehlenden objektivierbaren Befunden (vgl. E. 4.1.9 hiavor) keine Stütze. Vielmehr war es der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss – zum Erstaunen der damaligen Arbeitgeberin – denn auch möglich, diverse Reisen ins Ausland (... [act. IIB M23 S. 2]) zu unternehmen (act. IIA A40).

**5.4.5** Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich, was zwischen den Parteien unbestritten ist (Beschwerdeantwort S. 21 Ziff. 48; Replik S. 6).

**5.4.6** Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden, nötig sind besondere Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5); solche sind hier aber nicht ersichtlich. Es genügt auch nicht zur Bejahung des Kriteriums, dass Beschwerden trotz medizinischer Behandlung anhalten (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2009, 8C\_768/2008, E. 4.2.4) resp. dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3).

**5.4.7** Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1). Zwar wurde von den behandelnden Ärzten bis zum Fallabschluss sowie darüber hinaus durchgehend eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIB M19, M22, M32), Anstrengungen in Form von Arbeitsversuchen seitens der Beschwerdeführerin sind hingegen nicht dokumentiert und werden von dieser nicht behauptet; vielmehr geht Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zusammenfassend von einer Selbstlimitierung aus (act. IIB M34 S. 3). Insofern ist auch dieses Kriterium offensichtlich nicht erfüllt.

**5.5** Insgesamt ist damit keines der massgebenden Kriterien erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2016 und den weiterhin geklagten Beschwerden zu verneinen ist. Die Beschwerdegegnerin hat demnach die Leistungen für den Unfall vom 31. Januar 2016 zu Recht eingestellt bzw. implizit einen Anspruch auf

weitere Leistungen (Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung) verneint.

**5.6** Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. August 2018 (act. IIA A117) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - 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.