



SV 21 24

Entscheid vom 31. Januar 2022
Sozialversicherungsabteilung

Besetzung

Vizepräsidentin Barbara Brodmann, Vorsitz,
Verwaltungsrichterin Dr. med. Carole Bodenmüller,
Verwaltungsrichter Stephan Zimmerli,
Gerichtsschreiber Silvan Zwyszig.

Verfahrensbeteiligte

A.___,
Beschwerdeführerin,

gegen

B.___ AG,
vertreten durch Dr. iur. Peter Philipp, Rechtsanwalt,
Hartbertstrasse 11, Postfach 611, 7001 Chur,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Leistungen Unfallversicherung

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der B.___ AG
vom 10. August 2021.

Sachverhalt:

A.

Die 1995 geborene A.____ («Versicherte»/«Beschwerdeführerin») arbeitete bei der C.____ AG und war in dieser Eigenschaft bei der B.____ AG («Unfallversicherer») gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 3. Mai 2019 auf der Autobahn A2 im D.____ Tunnel in E.____ auf ein vor ihr fahrendes Fahrzeug auffuhr. Am 8./9. Mai 2019 wurde das Ereignis dem Unfallversicherer mit Verdacht auf Schleudertrauma angemeldet (UV-act. 2), woraufhin dieser zunächst die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung erbrachte.

Nach zunächst formlosem Schreiben vom 15. Dezember 2020 (UV-act. 16) verfügte die Beschwerdegegnerin am 26. März 2021, basierend auf den Einschätzungen der beratenden Ärzte, die Einstellung sämtlicher Leistungen per 3. August 2019; die bereits zu Unrecht erbrachten Leistungen würden entgegenkommenderweise nicht zurückgefordert (UV-act. 24). Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (UV-act. 26) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 10. August 2021 ab (UV-act. 39).

B.

Mit Eingabe vom 2. September 2021 erhob die Versicherte Beschwerde beim Verwaltungsgericht und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Der Einspracheentscheid der [Beschwerdegegnerin] vom 10.08.2021 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus UVG, insbesondere Heilungskosten, aus dem Ereignis vom 03.05.2019 zu erbringen.
3. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, mir eine angemessene Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu bezahlen.»

C.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die kostenfällige Beschwerdeabweisung. Die Parteien re- und duplizierten mit Eingaben vom 15. Oktober und 22. November 2021, wobei an den ursprünglich gestellten Anträgen festgehalten wurde.

D.

Die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden hat die vorliegende Streitsache anlässlich ihrer Sitzung vom 31. Januar 2022 abschliessend beraten und beurteilt. Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und in den Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:**1.****1.1**

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2021 ist in Anwendung des UVG ergangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide des Unfallversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Verfügungsadressatin hat ihren Wohnsitz im Kanton Nidwalden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin des angefochtenen Entscheids berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Weiteren form- und fristgerecht (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.**2.1**

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 147 V 161 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere («conditio sine qua non»; u.a. BGE 142 V 435 E. 1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

2.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (u.a. Urteile 8C_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2; U 290/06 vom 11. Juni 2007 E. 3.3).

2.3

2.3.1

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; 125 V 456 E. 5a).

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).

2.3.2

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2, 134 V 111 E. 2.1). Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen): Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten, und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätze zu prüfen (sog. Schleudertrauma-Praxis). Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung der Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. (sog. Psycho-Praxis) entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht

darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), während bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

2.3.3

Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

2.4

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 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen, 143 V 148 E. 3.1.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (u.a. Urteil BGer 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3).

2.5

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

2.6

Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4).

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, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (u.a. BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4).

3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrem Einspracheentscheid, die Beschwerdeführerin sei gemäss Unfallanzeige am 3. Mai 2019 auf der Autobahn verunfallt. Nachdem plötzlich alle Fahrzeuge vor ihr stark gebremst hätten, sei sie trotz sofortiger Vollbremsung in das vor ihr fahrende Fahrzeug gekracht. Die Vertrauensärzte Dres. med. F. __ und G. __ hätten unabhängig voneinander erklärt, dass der Status quo ante vel sine spätestens drei Monate nach dem Ereignis, mithin dem 3. August 2019, erreicht gewesen sei. Die Ärzte hätten auch auf Ungeheimheiten in den medizinischen Unterlagen hingewiesen. So sei der Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erst 1.5 Jahre nach dem Ereignis ausgefüllt worden. Dort sei u.a. angegeben worden, die Versicherte sei nicht auf die Kollision gefasst gewesen. Dies könne aber nicht zutreffen, da diese selbst von einer eingeleiteten Vollbremsung berichtet habe. Der Fragebogen halte zudem bereits vor dem Unfall bestehende Nackenbeschwerden fest. Die über den Zeitpunkt vom 3. August 2019 hinaus geklagten Beschwerden seien nicht erheblich, eine Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden und intensivere medizinische Massnahmen seien nie notwendig gewesen. Auch aus dieser Sicht seien die Rückschlüsse der beratenden Ärzte nachvollziehbar, wonach drei Monate nach dem Unfallereignis derjenige Zustand vorgelegen habe, wie er bereits vor dem Unfall bestand oder auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Der natürliche Kausalzusammenhang sei ab dem 4. August 2019 entfallen. Ergänzend sei festzuhalten, dass die angefertigten Röntgenbilder und das MRI keine Auffälligkeiten gezeigt hätten. Weil bildgebend keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen nachgewiesen seien, habe die Unfallversicherung zu prüfen, ob der adäquate Kausalzusammenhang entfallen sei. Auch dies sei aufgrund des geringfügigen Charakters des Unfalls zu bejahen.

3.2

Die Beschwerdeführerin bestreitet den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges und

verlangt die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Sie macht im Wesentlichen geltend, der Fallabschluss gründe auf einer unvollständigen Aktenlage und die Voraussetzungen für eine rückwirkende Leistungseinstellung seien nicht gegeben.

3.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin über den 3. August 2019 hinaus Leistungen zu erbringen hat bzw. ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stehen.

4.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

4.1

Laut Unfallanzeige vom 8. Mai 2019 (UV-act. 2) fuhr die Versicherte am 3. Mai 2019, 16:30 Uhr, auf der A2 Richtung Norden auf der linken Spur. Da die Fahrzeuge vor ihr plötzlich stark bremsen, habe sie eine Vollbremsung einleiten müssen. Sie sei aber trotzdem in das vordere Fahrzeug «gekracht». Es bestehe der Verdacht auf ein Schleudertrauma, eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht. Die Polizei sei auf der Unfallstelle gewesen, habe aber keinen Rapport aufgenommen.

4.2

Am 23. März 2020 (UV-act. 6) notierte die Versicherte im «Fragebogen zum Ereignis vom 03.05.2019», sie sei nach wie vor in Behandlung bei Dr. H.____. Bis auf Weiteres seien wegen des Coronavirus keine Termine möglich. Der Heilungsverlauf beurteilte sie als «langsam».

4.3

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma («Dokumentationsbogen») vom 8. Oktober 2020 (UV-act. 9) hielt der erstbehandelnde Chiropraktor Dr. H.____, I.____, die Diagnose Schleudertrauma Grad II (nach der QTF-Klassifikation) fest. Die Versicherte habe spontan von Kopf- und Nackenschmerzen berichtet. Vor dem Unfall hätten behandlungsbedürftige Nackenbeschwerden bestanden. Als Behandlung wurde Chiropraktik angegeben. Ein Grossteil der im Dokumentationsbogens erfragten Angaben blieben unbeantwortet (u.a. Datum der Erstbehandlung, freie Schilderung Unfallhergang, Arbeitsfähigkeit, Verhalten nach dem Unfallereignis, gewisse Untersuchungsbefunde).

Im beigefügten Bericht der Radiologie des I.____ vom 7. Mai 2019 (UV-act. 10) zur gleichentags durchgeführten Röntgenuntersuchung der HWS hielt die Radiologin J.____ als Befund fest: «Flachbogige HWS-Lordose. Intaktes Alignment im a.p.-Strahlengang keine Achsenabweichung. Dens mittelständig. Keine signifikanten degenerativen Veränderungen. Keine ossären Destruktionen. Prävertebraler Weichteilschatten unauffällig. In den Funktionsaufnahmen regelrechter Bewegungsumfang, physiologisches Treppenphänomen in Inklination. Keine Zeichen einer segmentalen Instabilität».

4.4

Am 19. Oktober 2020 (UV-act. 11) ersuchte der Unfallversicherer das I.____ um einen ausführlichen Bericht und die Beantwortung diverser Fragen. Nach mehrfacher Aufforderung (UV-act. 12-13) beantworteten Dr. med. K.____, Chefarzt Paraplegologie und Rehabilitationsmedizin, und der Chiropraktor Dr. H.____ am 18. November 2020 (Eingang: 4. Dezember 2020; UV-act. 14) bloss die unterbreiteten Fragen. Als Diagnose wurde ein posttraumatisches Zervikalsyndrom festgehalten. Die kursorische neurologische und orthopädische Untersuchung der oberen Extremitäten sei unauffällig gewesen. Es seien keine unfallfremden Faktoren bekannt. Die Versicherte werde 1-2-mal wöchentlich chiropraktorisch behandelt und reagiere mit einer recht guten Besserung, wobei eine vollständige Beschwerdefreiheit noch nicht habe erreicht werden können. Die letzte Konsultation habe am 16. Januar 2020 stattgefunden.

4.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemein Chirurgie und Traumatologie und Vertrauensarzt des Unfallversicherers hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2020 (UV-act. 15) fest, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. Mai 2019 und den Beschwerden sei entfallen. Das Ereignis habe vorübergehend zu einer Verschlimmerung geführt. Der Status quo ante sei drei Monate nach dem Ereignis (3. August 2019) erreicht gewesen. Im Weiteren vermerkte der Arzt eine dürftige Aktenlage.

4.6

Am 12. Februar 2021 wurde auf Veranlassung des Unfallversicherers ein MRI der HWS erstellt. Der Radiologe Dr. med. L.____ hielt in seinem Bericht vom 15. Februar 2021 einen unauffälligen Befund fest (UV-act. 22).

4.7

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Vertrauensarzt des Unfallversicherers, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. März 2021 (UV-act. 23) ebenfalls den Wegfall der natürlichen Kausalität fest, soweit dies aufgrund der eingeschränkten Aktenlage beurteilbar sei. Es seien keine somatischen Unfallfolgen mehr vorhanden. Die Versicherte habe laut dem Fragebogen Erstuntersuchung bereits vor dem Ereignis an Nackenschmerzen gelitten. Soweit aufgrund der eingeschränkten Aktenlage beurteilbar, sei anzunehmen, dass das Ereignis zu einer vorübergehenden Verschlechterung der vorbestehenden Nackenschmerzen geführt habe. Der Status quo sine vel ante sei drei Monate nach dem Ereignis (3. August 2019) erreicht gewesen. Der Arzt vermerkte die fehlende Dokumentation der Erstuntersuchung, des Verlaufs sowie Unstimmigkeiten im Dokumentationsbogen Erstuntersuchung.

4.8

Am 6. Juli 2021 wurde der Chiropraktor um Zustellung des Erstbehandlungsberichts bzw. des KG-Auszugs vom 7. Mai 2016 gebeten (UV-act. 35). In seinem Schreiben vom 7. Juli 2021 (UV-act. 38) teilte er mit: Die Versicherte habe am 7. Mai 2019 über eine Zervikalgie nach Autounfall geklagt. Die Anamnese sei chiropraktisch unauffällig gewesen. Er habe am 7. Mai 2019 folgenden Befund erhoben:

«Reklination beidseitige Rotation, Lateralflexion deutlich schmerzgehemmt. Motorik, Sensibilität, Reflexbild der oberen Extremitäten normal. Foramenkompressionsbild negativ, Axialer Druck negativ, Axialer Zug der HWS brachte eine Linderung der zervikalen Beschwerden. Mässige Druckdolenzen über den Dornfortsätzen C3-C6.»

Der Bericht seiner Röntgenaufnahme vom 7. Mai 2019 liege bei. Er habe bei der Patientin ein posttraumatisches Zervikalsyndrom gefunden. Der Chiropraktor übermittelte keine Unterlagen.

4.9

Im Physiotherapiebericht vom 29. August 2021 (BF-Bel. 2) wird als Status bei Befundaufnahme ein Hypertonus der Nacken- und Rückenmuskulatur, leichte Hypermobilität im HWS- und BWS-Bereich und posttraumatisch schmerzbedingte Fehlhaltung festgehalten. Die Versicherte sei wegen eines HWS-Distorsionstraumas in Therapie. Posttraumatisch habe die Versicherte an akuten Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen gelitten, vor dem Unfall habe sie keine solchen Beschwerden gehabt. Aktuell zeige sich sowohl eine deutliche Schmerzreduktion als auch Verbesserung der Kraft und damit der Haltung. Je nach Arbeitslast klage die Patientin gelegentlich noch über Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich v.a. rechts. Die Therapieintensität habe reduziert werden können und diene vorab der Anpassung des Übungsprogramms und der Detonisierung der Muskulatur. Die Weiterführung der Therapie sei jedoch indiziert, um die Restbeschwerden zu lindern.

4.10

Das I. ___ bestätigte am 7. Oktober 2021, dass die Versicherte vom 7. Mai 2019 bis 6. Juni 2019 rund 7-mal und vom 16. Januar 2019 bis 17. Dezember 2020 insgesamt 34-mal ambulant chiropraktisch behandelt wurde (BF-Bel. 5).

5.

5.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es könne nicht auf die Angaben im HWS-Fragebogen abgestellt werden, da diese offensichtlich ungenau und fehlerhaft seien. Anders als im Fragebogen habe der Chiropraktor im Bericht vom 18. November 2020 und im Schreiben vom 7. Juli 2021 unfallfremde Faktoren verneint. Die vertrauensärztlichen Stellungnahmen seien aufgrund der unvollständigen Aktenlage nicht beweistauglich. Auch handle es sich beim angegebenen Zeitraum von drei Monaten um einen bloss allgemeinen Erfahrungswert, der für den konkreten Fall keine Beweiskraft habe. Dies gelte umso mehr, als nicht einmal zwischen sine und ante unterschieden werde.

5.2

Der Unfallversicherer stütze sich bei der Leistungseinstellung auf die Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes vom 15. März 2021 (vgl. E. 4.7), wonach die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden nach maximal drei Monaten ausgeheilt waren. Konkrete Indizien, die gegen die

Zuverlässigkeit dieser Beurteilung, die sich auf eine komplette Aktenlage stützt (vgl. nachfolgende E. 5.3), sprechen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere zeigte sowohl die bildgebende Untersuchung vom 7. Mai 2019 als auch jene vom 12. Februar 2021 einen unauffälligen Befund. Die Beschwerdeführerin war zu keinem Zeitpunkt arbeitsunfähig. Die Versicherte hatte vom 7. Mai 2019 bis 6. Juni 2019 insgesamt sieben Termine beim Chiropraktor. Danach wurde sie erst am 16. Januar 2020, rund sechs Monate später, wieder vorstellig (BF-Bel. 5 und 11). Sie benötigte somit bereits einen Monat nach dem Unfall keiner weiteren chiropraktischen oder anderen medizinischen Behandlung. Damit wird die vertrauensärztliche Schlussfolgerung untermauert, wonach die unfallkausalen Beschwerden spätestens drei Monaten nach dem Unfallereignis abgeheilt waren, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. Mai 2019 und den geklagten Beschwerden entfallen, mithin der Status quo sine vel ante eingetreten war.

5.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die vertrauensärztliche Einschätzung sei aufgrund einer unvollständigen Aktenlage nicht beweistauglich, kann ihr nicht gefolgt werden. Sie hat sich am 7. Mai 2019 (vier Tage nach dem Unfallereignis) ohne Zuweisung bei Dr. H.____ im I.____ vorgestellt (vgl. UV-act. 38) und klagte über Kopf- und Nackenschmerzen (E. 4.3) bzw. eine Zervikalgie (E. 4.4 und 4.8). Aus dessen Bericht vom 7. Juli 2021 erhellt, dass die Behandlung am 7. Mai 2019 ihren Anfang nahm (UV-act. 38) und zugleich eine Röntgenuntersuchung stattfand (UV-act. 10). Soweit diesbezüglich überhaupt medizinische Berichte existierten, ist die Behandlung im I.____ damit vollständig dokumentiert, denn weitere Unterlagen konnten weder beim I.____ noch bei Dr. H.____ erhältlich gemacht werden (UV-act. 36-38). Dafür, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall, vor oder während ihrer Behandlung im I.____, anderweitig medizinisch-therapeutisch untersucht oder behandelt worden wäre und dementsprechend überhaupt weitere medizinische Unterlagen hätten erhältlich gemacht werden können, ergeben sich weder aus dem Falldossier noch aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin Anhaltspunkte. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. M.____, der auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin das MRI vom 12. Februar 2021 veranlasste, vermerkte ebenfalls nichts Gegenteiliges (UV-act. 21-22). Mit anderen Worten bestehen keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein weiterer (echtzeitlicher) Arztberichte, die zur Beurteilung des Falles hätten beigezogen werden können bzw. ausser Acht gelassen wurden. Die Aktenlage ist unstrittig dürftig, aber komplett.

5.4

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es könne nicht auf die Angaben im HWS-Fragebogen abgestellt werden, da diese offensichtlich ungenau und fehlerhaft seien. Anders als im Fragebogen habe der Chiropraktor im Bericht vom 18. November 2020 und im Schreiben vom 7. Juli 2021 unfallfremde Faktoren verneint.

Der Dokumentationsbogen Erstkonsultation ist unstrittig lückenhaft (vgl. E. 4.3), partiell falsch (u.a. Unfallhergang Ziff. 2b) und widersprüchlich. So hielt der Chiropraktor im Dokumentationsbogen noch vor dem Unfall bestehende behandlungsbedürftige Nackenbeschwerden fest (Ziff. 5), während er im kurz darauffolgenden Schreiben vom 18. November 2020 (E. 4.4) das Vorliegen unfallfremder Faktoren verneinte und in jenem vom 7. Juli 2021 (E. 4.8) von einer unauffälligen chiropraktischen Anamnese berichtete. Allerdings ist weder ersichtlich noch von der Beschwerdeführerin dargetan, inwiefern durch das Ausserachtlassen des Dokumentationsbogens zu einem für sie positiveren Ergebnis führen würde, zumal der Chiropraktor lediglich in diesem Formular die Diagnose eines Schleudertraumas festgehalten hat.

5.5

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es handle sich beim angegebenen Zeitraum von drei Monaten um einen allgemeinen Erfahrungswert, der in ihrem Fall keine Beweiskraft habe.

Der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (vgl. BGE 126 V 189 E. 4c). Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts U 60/02 vom 18. September 2002 E. 2.2). Die Leistungseinstellung bedingt keine Beschwerdefreiheit (BGE 134 V 109 E. 4.1). Entscheidend ist alleine, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat. Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein (vorliegend war die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt arbeitsunfähig), so ist der Fall abzuschliessen, selbst wenn sich die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz

über die Unfallversicherung, 4. A., 2012, S. 144 m.w.H.). Schliesslich bleibt auf den Reintegrationsleitfaden Unfall (Release 2010 – Version 1.0) hinzuweisen, wonach bei einer HWS-Distorsion QTF Grad II eine Behandlungsdauer von maximal 16 Wochen und eine (100%)ige Arbeitsunfähigkeit von zwei Wochen angegeben wird (vgl. Ziff. 3A, S. 37).

5.6

Nach dem Gesagten ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 3. Mai 2019 und den über den 3. August 2019 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Leistungseinstellung per 4. August 2019 ist folglich nicht zu beanstanden.

6.

6.1

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass die Leistungsgewährung indes selbst für den Fall, in welchem die natürliche Kausalität zu bejahen wäre (oder diese Frage mangels genügender Abklärung noch nicht beantwortet werden könnte), ohnehin mangels Adäquanz ausser Betracht fiele (vgl. auch E. 2.3.3).

6.2

Organische Unfallfolgen sind nirgends objektiv ausgewiesen. Aufgrund des geklagten Beschwerdebildes ist die Adäquanz nach der HWS-Praxis zu prüfen.

Die Beschwerdeführerin fuhr am 3. Mai 2019 um 16.30 Uhr im D.___ Tunnel (E.___) auf der A2 Richtung Norden auf der linken Fahrbahnseite. Nach einem Abbremsen der vor ihr fahrenden Fahrzeuge leitete sie eine Vollbremsung ein, wobei es trotzdem zu einer Kollision mit dem direkt vor ihr fahrenden Fahrzeug kam (UV-act. 2). Beschädigt wurde dabei die Front (Stossstange vorne, Frontblech, Frontscheibe); der Fahrer- und der Beifahrerairbag wurden ausgelöst (BF-Bel. 3). Die Polizei wurde soweit ersichtlich nicht beigezogen, Personen kamen – vorbehältlich der Versicherten – nicht zu Schaden. Damit war der Unfall weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich. Die Beschwerdeführerin beklagte im Anschluss an den Unfall Kopf- und Nackenschmerzen. Symptome wie Bewusstlosigkeit, Gedächtnislücke, Schwindel etc. werden indes nicht berichtet (UV-act. 9). Die gesundheitlichen Folgen und die (noch) geklagten Beschwerden waren mit anderen Worten weder schwer noch besonderer Art. Daran ändert im Übrigen auch nichts, dass sich die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis in einem Zeitraum von gesamthaft zwanzig Monaten durch den

Chiropraktor behandeln liess (BF-Bel. 5) beziehungsweise mindestens bis August 2021 nach wie vor in die Physiotherapie ging (BF-Bel. 2). Von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung beziehungsweise einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen kann keine Rede sein, hat die chiropraktische Therapie schliesslich einmal während rund sechs Monaten (zwischen dem 6. Juni 2019 und dem 16. Januar 2020), ein zweites Mal (Covid-19-bedingt) während zwei Monaten (zwischen dem 5. März und dem 5. Mai 2020) unterbrochen werden können (BF-Bel. 5). Für eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen keine Anhaltspunkte. Eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit bestand zudem nie (UV-act. 4). Zusammengefasst ist das Ereignis vom 3. Mai 2019 als leichter Unfall zu qualifizieren, womit keine Adäquanz vorliegt.

7.

Soweit die Beschwerdeführerin sich wegen der rückwirkenden Einstellung auf den Vertrauensschutz beruft, weil ihr die Leistungseinstellung erst Mitte Dezember 2020 mitgeteilt wurde und sie ihre Franchise bei der Krankenkasse nicht rechtzeitig anpassen können, bleibt sie ebenfalls erfolglos. Heilbehandlungen und Taggelder der Unfallversicherung sind klassische vorübergehende Leistungen (BGE 137 V 57 E. 6.1). Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht einzustellen mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_548/2019 vom 10. Januar 2020 E. 4.4.2). Einer Leistungseinstellung steht somit nichts entgegen, solange eine solche – wie im vorliegenden Fall – nicht mit einer Rückforderung bereits bezahlter Betreffnisse verbunden ist und lediglich für die Zukunft Wirkung entfaltet.

8.

Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2021 als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und demzufolge abzuweisen.

9.

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG, Art. 18 Abs. 1 Prozesskostengesetz [PKoG; NG 261.2]). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung gesprochen.
4. [Zustellung.]

Stans, 31. Januar 2022

VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN

Sozialversicherungsabteilung

Die Vizepräsidentin

lic. iur. Barbara Brodmann

Der Gerichtsschreiber

MLaw Silvan Zwysig

Versand: _____

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.