



**Fall-Nr.:** UV 2012/34  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.12.2012  
**Entscheiddatum:** 03.12.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.12.2012**

**Art. 6 Abs. 1 und Art. 19 Abs. 1, UVG: Die (anfängliche) natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. März 2001 und den geklagten Beschwerden als Folge eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung ist zweifelhaft und zum Einstellungszeitpunkt am 20. Dezember 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Prüfung der Rechtmässigkeit des Einstellungszeitpunkts. Verneinung der Adäquanz selbst bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2012, UV 2012/34).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Della Batliner

#### **Entscheid vom 3. Dezember 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,  
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale  
120, 1001 Lausanne,



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war seit 17. September 1990 bei B.\_\_\_\_ als gelernte Krankenschwester bzw. Hauspflegerin angestellt und dadurch bei den Vaudoise Versicherungen, St. Gallen (nachfolgend: Vaudoise), obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihr am 2. März 2001 als Lenkerin eines Fahrzeugs beim Autobahnanschluss K.\_\_\_\_ von einem Lastwagen die Fahrbahn abgeschnitten wurde. Sie bremste voll ab, kam ins Schleudern und kollidierte mit einem auf einer Verkehrsinsel stehenden Leuchtpfosten (act. G 3.1/12). Die Erstbehandlung erfolgte am 3. März 2001 beim Notfallarzt Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, die Weiterbehandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, (act. G 3.1/6). Der Versicherten wurde vom 3. März bis 30. April 2001 eine 100%-ige und vom 1. bis 31. Mai 2001 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 3.1/13). Ab 1. Juni 2001 steigerte sie ihre Arbeitsfähigkeit auf 60% (act. G 5.5). Seit 2. Juli 2001 nahm sie die Arbeit wieder zu 70% auf. Ab 1. August 2001 war zunächst eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit geplant, welche aufgrund der Einschränkung, dass die Versicherte keine schweren Gewichte heben durfte, auf 95% festgelegt wurde (act. G 3.1/21, 28 und 29). Sie reduzierte ihr Arbeitspensum per August 2001 freiwillig auf 80% (act. G 3.1/39). Die Vaudoise erbrachte die gesetzlichen Leistungen (act. G 3.1/13, 14, 15, 22).

A.b Mit Bericht vom 29. März 2002 diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, ein cervicocephales Syndrom nach HWS-Distorsion (act. G 3.1/38). Am 12. August 2002 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, dass er bei der Versicherten einen Tinnitus links bei 2000 Hz seit Schleudertrauma vor 1 ½ Jahren feststellen könne (act. G 3.1/42). Per Ende Oktober 2002 kündigte die Versicherte ihre Anstellung wegen Mobbing und Umstrukturierung. Die Vaudoise entschädigte die Arbeitsunfähigkeit von 20% - wie von Dr. E.\_\_\_\_ mit Bericht vom 10. Januar 2003 vorgeschlagen - vom



## St.Galler Gerichte

1. August 2001 bis Ende Dezember 2002 und ging ab 1. Januar 2003 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) aus (act. G 3.1/50, 53 und 56). Mit Bericht vom 9. Dezember 2002 diagnostizierte Dr. phil. G.\_\_\_\_, multifaktoriell bedingte, minimale bis leichte kognitive Funktionsauffälligkeiten bei leicht reduzierter Belastbarkeit bei Status nach HWS-Distorsionstrauma (act. G 3.1/50). Eine neuropsychologische Therapie sei bei der Art der vorliegenden Befunde nicht indiziert.

A.c Gemäss dem unfallanalytischen Gutachten vom 5. November 2002 (act. G 3.1/59) lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des VW Golf beim seitlichen Überqueren (Schleudern) des Randsteins und beim Anstoss gegen den Inselleuchtpfosten bei ca. 1 bis 2 km/h. Da der VW Golf mit der rechten Seite voran über die Randsteine geraten sei und den Inselleuchtpfosten schräg frontal getroffen habe, habe sich die Insassin dabei im Innenraum leicht nach rechts bewegt, bevor sie wieder in die normale Sitzstellung zurück gependelt sei. Dass es dabei zu einem Anstoss des Oberkörpers oder des Kopfs an Objekte des Innenraums gekommen sei, sei äusserst unwahrscheinlich, da einerseits die Kollisionsintensität sehr gering gewesen sei und andererseits die Insassin stossfern (auf dem linken vorderen Sitz) gesessen habe.

A.d Am 28. Oktober 2003, 13. Juli 2004 und am 29. August 2005 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ über einen recht guten Verlauf und bis am 24. Juli 2006 waren lediglich zwei Sitzungen nötig (act. G 3.1/65, 67, 68, 71). Mit Bericht vom 18. Februar 2009 (act. G 3.1/81) teilte Dr. E.\_\_\_\_ mit, dass es schon immer wieder zu unfallkausalen Teil-Rezidiven kommen könne, welche aber in diesem grundsätzlich gut verlaufenden Fall nie mehr zu einer richtungsweisenden Verschlechterung führen könnten. Eine solche richtungsweisende Verschlechterung wäre nicht mehr dem Unfall zuzuschreiben, sondern später hinzugekommenen Faktoren. Die Beschwerden seien glaubhaft. Die Versicherte arbeitete im Jahr 2009 zu 50% bei der B.\_\_\_\_, zu 50% galt sie als arbeitslos (act. G 3.1/91).

Am 4. September 2009 veranlasste die Vaudoise einen medizinischen Rapport von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, welcher eine Expertise zum aktuellen Zustand der Versicherten befürwortete (act. G 3.1/94).

A.e Mit MRI der Wirbelsäule (Clivus – BWK6) nativ vom 30. August 2011 (act. G 3.1/119b) wurden diskrete degenerative Veränderungen zervikothorakal mit minimaler



## St.Galler Gerichte

medianer Vorwölbung des Discus intervertebralis HWK2 bis HWK 6 mit diskreter Eindellung des Duralschlauchs von ventral ohne Kompression neuraler Strukturen festgestellt.

A.f Der neuropsychologische Untersuchungsbericht vom 27. Juli 2011 (act. G 3.1/119a) zeigte ein leicht beeinträchtigt kognitives Leistungsprofil mit leichten Schwierigkeiten in der gerichteten Aufmerksamkeit, im verbalen und figurativen Gedächtnis sowie in der figurativen Umstellfähigkeit. Die Fehlerkontrolle sei normgerecht, das Arbeitstempo schwankend. Gemäss neurologischem Begutachtungsbericht vom 29. Oktober 2011 (act. G 3.1/119) falle keine wesentliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit auf, wobei die Versicherte sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer beschwerdearmen Phase befunden habe. Sonstige herdfneurologische Defizite liessen sich nicht feststellen. Das Ausmass der festgestellten Befunde bedinge keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die aktuellen Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen.

A.g Mit Verfügung vom 26. Januar 2012 (act. 3.1/130) bejahte die Vaudoise gestützt auf dieses Gutachten den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 2. März 2001 und dessen unmittelbaren Folgen. Ab 21. Dezember 2011 verneinte sie jedoch den adäquaten Kausalzusammenhang und stellte die Leistungen ab diesem Zeitpunkt ein.

B.

B.a Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten vom 30. Januar 2012 (act. G 3.1/131) mit Ergänzung vom 16. Februar 2012 (act. G 3.1/135) wurde mit Einspracheentscheid vom 3. April 2012 abgewiesen (act. G 3.1/136). Die sansan Versicherungen AG hatte ihre am 3. Februar 2012 erhobene vorsorgliche Einsprache (act. G 3.1/132) mit Schreiben vom 7. Februar 2012 wieder zurückgezogen (act. G 3.1/134).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 1. Mai 2012 (act. G 1) liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Heiden, beantragen, der Einspracheentscheid vom 3. April



2012 sei aufzuheben und es seien die vertraglichen und gesetzlichen Leistungen aus UVG weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachte der Rechtsvertreter insbesondere vor, die Beschwerdegegnerin bleibe leistungspflichtig, da sie den Nachweis, dass die aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhten, gerade nicht erbracht habe. Zudem sei noch kein Endzustand erreicht, da von der Fortsetzung der aktuellen Behandlung der Unfallfolgen eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei. Da die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang verneine, könne die Beschwerdeführerin nicht verstehen, weshalb sie sich im Auftrag der Beschwerdegegnerin einer Begutachtung zur Bestimmung der natürlichen Kausalität habe unterziehen müssen. Unklar sei zudem, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Adäquanzprüfung die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Unfällen mit psychisch bedingten Folgeschäden herangezogen habe. Die Beschwerdegegnerin vermöge aus der angeblichen Aufprallgeschwindigkeit nichts zugunsten ihres Standpunkts abzuleiten. Markant erfüllt sei im vorliegenden Fall insbesondere das Kriterium der fortgesetzten spezifischen ärztlichen Behandlung.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Zur Begründung verwies sie auf den Einspracheentscheid vom 3. April 2012 und führte im Wesentlichen an, dass der Schluss der Begutachter, die Kausalität sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, nicht näher begründet werde und somit nicht überzeuge. Aus biomechanischer Sicht liege nach anerkannter Rechtsprechung des Bundesgerichts die Harmlosigkeitsgrenze im Normalfall bei einer Geschwindigkeitsänderung von 10-15 km/h. Bei den sogenannten leichten Unfällen sei der adäquate Kausalzusammenhang ohne weiteres zu verneinen. Im Bereich von 4-7km/h sei sogar die Rede von banalen Unfällen. Es gehe auch nicht um eine fortgesetzte spezifische ärztliche Behandlung, da die Beschwerdeführerin aktengemäss nur 2-4 jährliche ärztliche Behandlungen und 1-2 jährliche Physiotherapieverordnungen durchführen lasse.

C.c Mit Replik vom 21. Juni 2012 (act. G 5) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Standpunkt fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 7).



Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die bei der Beschwerdeführerin über den 21. Dezember 2011 hinaus fortbestehenden, bei Belastung auftretenden zervikospondylogenen Schmerzen und das leicht eingeschränkte kognitive Leistungsprofil eine natürliche und adäquate Folge des Unfalls vom 2. März 2001 bilden und ob diese allenfalls eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Folge haben. Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 2. März 2001 als Unfall anerkannt und für dessen Folgen bis zum 20. Dezember 2011 Leistungen erbracht hat.

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177, E. 3.1 mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung der Leistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. 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 (Urteil des Eidgenössischen



Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] U 285/00 vom 31. August 2001, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind.

2.2 Die Beschwerdeführerin klagte nach dem Unfall vom 2. März 2001 innert 24 Stunden über einschleichende, immer stärker werdende Schmerzen im Hals-, Nacken- und Rückenbereich, in der linken Hüfte und in der linken Schulter (act. G 3.1/9). Der erstbehandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte ein Schleudertrauma bei Endphasenschmerz, Inklination und Reklination, Rotation nach links und bei Seitwärtsneigung links und rechts (act. G 3.1/6). Der Röntgenbefund der HWS in 3 Ebenen, BWS und LWS seitlich, ergab keinen Hinweis auf eine knöcherne Läsion. Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 10. Juli 2001 über eine laufend leichte Besserung der Beweglichkeit, jedoch Beschwerden von Seiten der Konzentrationsfähigkeit und am 17. September 2001 über noch leichte Restbeschwerden im Sinn von Konzentrationsschwierigkeiten bei längerer Anspannung sowie Nackenverspannung nach längerer Arbeit (act. G 3.1/21 und 28). Gemäss Bericht vom 5. Januar 2002 von Dr. E.\_\_\_\_ war die HWS-Rotation im Januar 2002 frei, aber es bestanden klare Dysfunktionen der oberen HWS und myofasciale Triggerpunkte. Dr. F.\_\_\_\_ stellte am 12. August 2002 einen Tinnitus links bei 2000 Hz seit Schleudertrauma vor eineinhalb Jahren fest (act. G 3.1/42). Dr. G.\_\_\_\_ sah nach einer neuropsychologischen Untersuchung der Versicherten am 5. Dezember 2002 eine neuropsychologische Therapie nicht als indiziert an, da lediglich multifaktoriell bedingte, minimale bis leichte kognitive Funktionsauffälligkeiten bei leicht reduzierter Belastbarkeit vorhanden seien (act. G 3.1/50). Am 28. Oktober 2003, 13. Juli 2004 und am 29. August 2005 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ über einen sehr guten Verlauf unter manueller und myofascialer Behandlung alle 3-4 Monate und alle zwei bis drei Wochen einmal Physiotherapie (act. G 3.1/65, 67 und 68). Gemäss Bericht vom 24. Juli 2006 wurden nur noch zwei bis vier Behandlungen pro Jahr bei Dr. E.\_\_\_\_ benötigt (act. G 3.1/71). Am 21. August 2007 empfahl er die Reduktion der Physiotherapien auf die Hälfte (act. G 3.1/73). Mit Bericht vom 18. Februar 2009 stellte Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall glaubhafte Beschwerden im Nacken habe, welche immer noch sehr gut auf die gezielte manuelle und myofasciale Behandlung ansprechen würden (act. G 3.1/81).



Nach Erstellung des MRI der Wirbelsäule (Clivus – BWK6) nativ vom 30. August 2011 (act. G 3.1/119b) wurde folgender Befund erhoben: "Diskrete Anteroposition BWK1 gegenüber BWK2 von ca. 0,1 cm. Im Übrigen regelrechtes Alinement der Hinterflächen sowie normal konfigurierte Wirbelkörper. Minimale mediane Vorwölbung des ansonsten normalen Discus intervertebralis HWK2 bis HWK6 mit diskreter Eindellung des Duralschlauchs von ventral und ohne Nachweis einer Kompression neuraler Strukturen. Osteochondrosis intervertebralis BWK2/3 sowie Diskusprotrusion mit Eindellung des Duralschlauchs von ventral. 0,7 cm grosse Wurzelaschenezyste C7 rechts. 0,6x0,5x0,4 cm grosse zystische Läsion im linken Schilddrüsenlappen. Im Übrigen normales vertebrospinales Kernspintomogramm ohne Nachweis einer Kompression neuraler Strukturen." Mit neurologischem Begutachtungsbericht vom 29. Oktober 2011 wurde ein zervikospondylogenes chronifiziertes Schmerzsyndrom der HWS nach Unfall am 2. März 2001 diagnostiziert (act. G 3.1/119). Der aktuelle Gesundheitszustand wurde insgesamt als zunehmend stabil mit seit längerem voller Arbeitsfähigkeit beschrieben. Unter Belastung könnten noch vermehrt zervikospondylogene Schmerzen und ein leicht eingeschränktes kognitives Leistungsprofil auftreten, so dass es ca. dreimal pro Jahr zu kürzeren Exazerbationsphasen gekommen sei. Die heutigen Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Die Anamnese und die Aktenunterlagen sprächen für ein im Verlauf chronifiziertes Schmerzsyndrom. Es sei allerdings bei einer Begutachtung zehn Jahre nach dem Ereignis verständlicherweise erschwert, die Kausalitätsfrage eindeutig zu beantworten, da bei aktuell erstmals durchgeführter MRI-Untersuchung der Wirbelsäule ein Teil von allfälligen strukturellen Läsionen bzw. bildgebend darstellbaren Traumafolgen bereits nicht mehr nachweisbar sein könnten, wozu beispielsweise Hämatome, Veränderungen an den Bändern und Stellungsanomalien gehörten.

2.3 Auch bei HWS- oder äquivalenten Verletzungen müssen die geklagten Beschwerden einem klar fassbaren Gesundheitsschaden zugeordnet werden können. Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische Ergebnisse zu Tage. Der hinreichende Nachweis für ein klar fassbares organisches Korrelat für die im Zusammenhang mit einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung geklagten Beschwerden bzw. die Organizität des Beschwerdebildes vermag damit allerdings nicht erbracht zu werden (Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Februar



2007, U 479/05, E. 5.4 mit Hinweis auf Entscheid des EVG vom 6. November 2006, U 444/05, E. 5.2). Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008 E. 6.1 mit zahlreichen Hinweisen). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann praxismässig erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 109 E. 9; 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Bei den vorgenannten, aus dem MRI-Befund vom 30. August 2011 (act. G 3.1/119b) ersichtlichen Gesundheitsschäden, insbesondere bei der minimalen medianen Vorwölbung des Discus intervertebralis HWK2 bis HWK 6 mit diskreter Eindellung des Duralschlauchs von ventral ohne Kompression neuraler Strukturen, handelt es sich an sich um ein organisches Substrat, das grundsätzlich immerhin als Ursache der geklagten Beschwerden im zervikalen Bereich in Frage kommt. Allerdings ist unbestritten, dass sich diese durch Druck des Nucleus pulposus nach hinten ausgelöste Vorwölbung bzw. Diskusprotrusion im Verlauf eines degenerativen Prozesses der Ausweitung des Faserrings entwickelt hat und die Vorstufe einer Hernie bildet (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage, Bern 2005, S. 879). Die Diagnose eines zervikospondylogenen chronifizierten Schmerzsyndroms der HWS bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen einer unfallkausalen organischen Gesundheitsschädigung. Laut Roche Lexikon Medizin (München 5. Aufl. 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur entsprechenden Diagnose führt somit eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Auch eine



Chronifizierungstendenz spricht nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Erich Bär/Bertrand Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.).

2.4 Die multifaktoriell bedingten, minimalen bis leichten kognitiven Funktionsauffälligkeiten bei leicht reduzierter Belastbarkeit wurden anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Dezember 2002 von Dr. G.\_\_\_\_ erstmals festgestellt und dahingehend erklärt, dass sie einerseits durch erhöhte uneinheitliche Leistungsschwankungen und andererseits durch einen leicht reduzierten Antrieb charakterisiert seien (act. G 3.1/50). Die Leistungsschwankungen seien teilweise etwas widersprüchlich in dem Sinn, dass einfachere Items schlechter/langsamer gelöst würden als komplexere. Teilweise seien die Befunde durch psychoreaktive Komponenten überlagert worden. Schmerzfactoren schienen die Befunde nicht wesentlich beeinflusst zu haben. Es lägen minimale bis leichte Funktionsauffälligkeiten hauptsächlich im Sinn erhöhter Leistungsschwankungen vor. Die Gesamtbelastbarkeit sei leicht eingeschränkt. Eine neuropsychologische Therapie sei bei der Art der vorliegenden Befunde nicht indiziert. In prognostischer Hinsicht sei eine weitere Stabilisierung/Verbesserung der kognitiven Funktionen zu erwarten, insbesondere wenn sich bezüglich beruflicher Tätigkeit eine Beruhigung und Regelmässigkeit eingestellt habe. Die neuropsychologische Untersuchung vom 18. Mai 2011 in der Klinik Valens, Rehabilitationszentrum, zeigte ein leicht beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil mit leichten Schwierigkeiten in der gerichteten Aufmerksamkeit, im verbalen und figurativen Gedächtnis sowie in der figurativen Umstellfähigkeit. Die Fehlerquote sei normgerecht, das Arbeitstempo schwankend. Von einer hirnorganisch bedingten neuropsychologischen Funktionsstörung ist in beiden Berichten nicht die Rede. Die Notwendigkeit einer Therapie wurde bereits von Dr. G.\_\_\_\_ verneint und auch von den Ärzten der Klinik Valens wurden keine Behandlungsvorschläge gemacht. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzige verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 369



E. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 335 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 318, E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion [sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule], SZS 1996, S. 471 ff.) sind neben den unfallabhängigen somatischen Beschwerden auch psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). Dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Funktionsauffälligkeiten eine vielschichtige Ursache aufweisen, ist bereits aus der Diagnose von Dr. G. \_\_\_ am 5. Dezember 2002 ersichtlich. Damit können neuropsychologische Unfallrestfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten.

2.5 Zusammenfassend ergeben sich im konkreten Fall keine Hinweise, aufgrund derer von einem organischen Befund im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Schädigung auszugehen wäre, die auf den Unfall vom 2. März 2001 zurückgeführt werden könnte.

3.

3.1 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (unter anderem ein Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05 und vom 15. März 2007, U 258/06) muss bei einer HWS-Verletzung das



typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

3.2 Bereits der erstbehandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte ein Schleudertrauma. Gemäss HWS-Trauma-Fragebogen für Geschädigte vom 24. April 2001 (act. G 3.1/9) hatte die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall keine Beschwerden. 24 Stunden nach dem Unfallereignis traten jedoch immer stärker werdende Schmerzen im Hals-, Nacken- und Rückenbereich auf. Weitere 12 Stunden später bestanden sehr starke Genick-, Schulter- und Kopfschmerzen, die in den Rücken ausstrahlten. Dem Bericht vom 10. Juli 2001 von Dr. D.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich laufend eine leichte Besserung der Beweglichkeit einstellte, jedoch (erstmal erwähnt) Beschwerden von Seiten der Konzentrationsfähigkeit vorhanden seien. Dass Dr. F.\_\_\_\_ am 12. August 2002 über einen seit dem Unfall vom 2. März 2001 geklagten Tinnitus berichtete, der auf dem linken Ohr bei 2000 Hz und einer Intensität von 30dB gemessen werden könne, ändert nichts daran, dass in den echtzeitlichen Akten erst mit dem von Dr. E.\_\_\_\_ bestätigten Bericht vom 19. Juli 2002 erstmals von einem Tinnitus, in Ruhe und bei geringer Lärmquelle immer auf dem linken Ohr und manchmal auf dem rechten Ohr (dann Zweiklang) hörbar, die Rede ist (act. G 3.1/42.2), auch wenn die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ glaubhaft geschildert hat, dass dieses lästige Ohrgeräusch im Anschluss an das Schleudertrauma aufgetreten sei. Eine Höreinbusse auf der linken Seite war offenbar bereits seit einem Knalltrauma während der Kindheit bekannt und bei der Beschwerdeführerin sei ein Hörverlust von 30dB zu finden, welcher aufgrund der Stimmgabelprüfung mittelohrbedingt sein dürfte. Am 19. Juli 2002 (act. G 3.1/42.2) beschrieb die Beschwerdeführerin als weitere Symptome ausserdem eine Wetterfühligkeit, leichten Schwindel, leichte bis starke, sogar bis migräneartige Kopfschmerzen, Übelkeit, Mühe mit logischem Denken, Vergesslichkeit, Schlafprobleme sowie Mühe mit Sehen, vor allem im linken Auge öfters ein Stechen und ein Druck sowie eine Seheinschränkung an. Die Visusstörungen seien am 8. Juli



2002 durch Dr. I.\_\_\_\_ abgeklärt worden (Bericht liegt nicht in den Akten). Es liegen damit zwar typische Symptome vor, wie sie nach einer HWS-Distorsion auftreten können, doch sind die Konzentrationsschwierigkeiten und die Visusstörungen erst nach 4 Monaten, der Tinnitus, die Wetterfühligkeit, der Schwindel, die Schlafprobleme und die Übelkeit erst nach über 4½ Monaten erstmals aktenkundig geworden. Beschwerden im LWS-Bereich wurden erstmals anlässlich der neurologischen Begutachtung vom 26. Mai 2011 erwähnt. Das EVG hat in seiner Rechtsprechung auch schon neue Symptome, die erst zwei Monate nach dem Unfall aufgetreten sind, aufgrund ihres späten Auftretens nicht als natürlich-kausale Unfallfolgen betrachtet (vgl. Urteil vom 2. März 2005, U 309/03, E. 4.2). Grundsätzlich ist demnach die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. März 2001 und den geklagten Beschwerden im Kopf- sowie HWS/BWS/LWS-Bereich als Folge eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung zweifelhaft.

3.3 Selbst wenn in Bezug auf die geklagten Beschwerden - wie von der Beschwerdegegnerin zunächst anerkannt - für die Zeit direkt nach dem Unfall von einer natürlichen Kausalität ausgegangen wird, muss zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die beim Unfall vom 2. März 2001 erlittene Verletzung spätestens bis zur Einstellung der Leistungen am 20. Dezember 2011 vollständig abgeheilt war und eine natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem fraglichen Unfall über dieses Datum hinaus nicht mehr besteht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Dr. med. J.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Facharzt für Neurologie, Klinik Valens, Rehabilitationszentrum, im neurologischen Gutachten vom 29. Oktober 2011 lediglich gestützt darauf, dass die Beschwerdeführerin geschildert hat, sie habe vor dem Unfall keine zervikospondylogenen Beschwerden gehabt, davon ausgeht, dass die heutigen Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Diese sich auf die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc, ergo propter hoc" beschränkende Schlussfolgerung ist nicht verwertbar und widerspricht obendrein noch der anschliessenden Feststellung, dass es bei einer Begutachtung 10 Jahre nach dem Ereignis verständlicherweise erschwert sei, die Kausalitätsfrage zu beantworten. Dafür, dass die unfallkausalen Verletzungen abgeheilt sind, spricht auch, dass gemäss Dr. J.\_\_\_\_ bei der damals erstmals durchgeführten MRI-Untersuchung der Wirbelsäule ein Teil von allfälligen strukturellen Läsionen bzw. bildgebend darstellbaren



Traumafolgen bereits nicht mehr nachweisbar gewesen seien - wobei aus dem Gutachten gerade nicht hervorgeht, dass er überhaupt unfallkausale strukturelle Läsionen nachweisen konnte, zumal er lediglich leichte degenerative Veränderungen zervikothorakal festgestellt hat (act. 119 S. 12).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass der Fallabschluss am 20. Dezember 2011 zu früh erfolgt sei und die Adäquanz dementsprechend noch nicht hätte geprüft werden dürfen, da von der Fortsetzung der Therapiebemühungen eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden könne.

4.2 Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorzunehmen. Dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer den Fall abschliessen und die Heilbehandlungen und Taggelder einstellen darf. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, dass der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren hat, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. "Namhaft" bedeutet, dass die Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen ebenso wenig genügen wie die blosse Möglichkeit einer Besserung (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C\_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen).



### 4.3

4.3.1 Aus den vorliegenden Akten ist nicht ersichtlich, dass dem Fallabschluss per 20. Dezember 2011 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung entgegenstanden. Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, weshalb sich diesbezüglich weitere Ausführungen erübrigen.

4.3.2 Nach neuropsychologischer Begutachtung der Beschwerdeführerin am 26. Mai 2011 (act. G 3.1/119) berichtete Dr. J.\_\_\_\_ am 29. Oktober 2011, dass der aktuelle Gesundheitszustand insgesamt zunehmend stabil sei mit seit längerem voller Arbeitsfähigkeit. Unter Belastung könnten noch vermehrt zervikospondylogene Schmerzen und ein leicht eingeschränktes kognitives Leistungsprofil auftreten; so sei es ca. drei Mal pro Jahr zu kürzeren Exazerbationsphasen gekommen. Diese zwischenzeitlichen Schmerzexazerbationen sprächen auf relativ gezielte ärztliche Behandlungen an. Es könnten so jeweils Phasen mit anhaltenden Beschwerden rasch abgefangen werden. Auch sei es schon seit längerem nicht mehr zu unfallbedingten Ausfällen der Arbeitsfähigkeit gekommen. Zwar sei insgesamt nicht mehr von einer Verbesserung der Situation auszugehen, allerdings müssten die Therapien im Sinn der Stabilisierung im aktuellen Umfang weiterhin als notwendig empfohlen werden. Dabei solle das aktuelle Regime - maximal vier ärztliche Konsultationen bei Dr. E.\_\_\_\_ pro Jahr und maximal zwei bis drei Serien Physiotherapie pro Jahr sowie das Heimprogramm - beibehalten werden. Es sei nicht absehbar, ob im Verlauf auf diese Therapiemassnahmen verzichtet werden könne.

4.3.3 Gemäss dem neuropsychologischen Gutachten ergibt sich die Notwendigkeit der Fortführung der bisher durchgeführten Behandlungen nicht aus dem Ziel der Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, sondern lediglich zur Beibehaltung bzw. Stabilisierung der bereits seit 1. Januar 2003 bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit. Auch der übrigen medizinischen Aktenlage ist zu entnehmen, dass die seit dem 1. Januar 2003 durchgeführten Behandlungen - manuelle und myofasciale Therapie bei Dr. E.\_\_\_\_, Physiotherapie und allfällige chiropraktische Behandlungen - je länger je mehr einzig der Schmerzlinderung und der Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienen (act. G 3.1/69, 73, 81, 88). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren



medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 145). Somit ist - unabhängig von der bereits verneinten natürlichen Kausalität zum Einstellungszeitpunkt - nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 20. Dezember 2011 vorgenommen hat, nachdem auch seit 1. Januar 2003 - also seit bald acht Jahren - eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

5.

5.1 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286, E. 3a). Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb; 123 V 98 E. 3b; 118 V 286 E. 3a; 117 V 359 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (sog. Psycho-Praxis) zur



Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Bild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 98 E. 2a mit Hinweisen), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a und 369 E. 4b festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien (sog. Schleudertrauma-Praxis). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumata der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328, E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

5.2 Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2002 enthält den Hinweis auf eine psychoreaktive Komponente. Eine psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin wurde jedoch bis anhin nicht durchgeführt. Gleiches gilt mit Bezug auf eine polydisziplinäre Begutachtung. Eine Rückweisung der Sache zur Vornahme einer solchen erübrigt sich indessen. Derartige weitere medizinische Abklärungen wären nämlich lediglich geeignet, den natürlichen Kausalzusammenhang weiter auszuleuchten. Selbst bei Bejahung der natürlichen Kausalität müsste jedoch eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin verneint werden, da es, wie nachfolgend zu zeigen ist, am kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhang fehlt. Nach dem bisher Gesagten wäre die Adäquanzprüfung grundsätzlich nach Massgabe der in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien vorzunehmen. Die Adäquanz ist jedoch selbst bei Anwendung der mit BGE 117 V 359 eingeführten bzw. mit BGE 134 V 109 modifizierten, für die Beschwerdeführerin



vorteilhafteren Schleudertrauma-Praxis ohne Unterscheidung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden zu verneinen.

### 5.3

5.3.1 Die Unfallschwere ist objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (BGE 134 V 109 E. 10.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_711/2010 vom 14. Januar 2011, E. 5.3 mit Hinweisen). Im Polizeirapport vom 6. März 2001 (act. G 3.1/12) wurde das Unfallereignis vom 2. März 2001 folgendermassen beschrieben: Die Beschwerdeführerin fuhr gemäss eigenen Angaben mit einer gefahrenen Geschwindigkeit von ca. 70 km/h auf der Strasse von K.\_\_\_\_ kommend Richtung L.\_\_\_\_ heran, als sie erkannte, dass ein Lastwagen von rechts auf der Autobahnausfahrt auf ihre Fahrspur einfuhr, und erschrak. Sie bremste voll ab und lenkte ihren Wagen nach links. Dabei geriet sie aufgrund der nassen Fahrbahn im Gegenuhrzeigersinn ins Schleudern und prallte mit der Front des Autos gegen den in der Fahrbahnmitte auf einer Verkehrsinsel befindlichen Inselleuchtpfosten. Zwischen den beiden Fahrzeugen ereignete sich keine Kollision. Gemäss unfallanalytischem Gutachten vom 5. November 2002 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung beim seitlichen Überqueren (Schleudern) des Randsteins und beim Anstoss gegen den Inselleuchtpfosten bei ca. 1 bis 2 km/h. Bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung ist der Unfall vom 2. März 2001 aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik bestenfalls den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen. Das Bundesgericht beurteilte etwa einen Unfall, bei dem die Beschwerdeführerin als Lenkerin ihres Personenwagens mit einer Geschwindigkeit von 20-30 km/h unterwegs war, und auf Grund der vereisten Fahrbahn die Kontrolle über das Fahrzeug verlor, mit einem Randleitpfosten kollidierte und danach auf einen Erdwall geriet, wodurch sich das Fahrzeug überschlug und auf dem Dach liegen blieb, als ebenfalls in diesem Bereich liegend (Urteil 8C\_711/2010 vom 14. Januar 2011, E. 5.3). Damit müssen für die Bejahung der Adäquanz mindestens vier Kriterien in gehäufte Weise oder ein einzelnes in ausgeprägter Weise erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C\_487/2009, E. 5).



5.3.2 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit eines Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Dabei ist im Unfallhergang weder eine besondere Dramatik noch eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 2. März 2001 zu erblicken.

5.3.3 Die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen ist nicht bereits allein aufgrund der Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) zu bejahen (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden geht aus den Akten nicht hervor, hatte die Beschwerdeführerin doch eine nach vorne gerichtete Sitzposition mit seitlich abgedrehter Blickrichtung (act. G 3.1/9). Des Weiteren bestand lediglich eine kleine Schürfung am linken Mittelfinger. Das Kriterium ist daher offensichtlich nicht erfüllt.

5.3.4 Für das Vorliegen des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist entscheidend, dass nach dem Unfall bis zum Fallabschluss eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung nötig war. Medizinische Untersuchungen und ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen. Im vorliegenden Fall beschränkten sich die ärztlichen Massnahmen seit längerem auf maximal vier manualtherapeutische Behandlungen jährlich, ein aktives Heimprogramm mit Kräftigungsübungen u.a. mit Theraband, gelegentliche Physiotherapie in Form von Fango und Massage sowie vereinzelt chiropraktische Behandlungen, wobei die Frequenz der manualtherapeutischen und physiotherapeutischen Behandlungen seit dem Jahr 2004 kontinuierlich abnahm. Belastende ärztliche Behandlungen sind den medizinischen Akten somit nicht zu entnehmen, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

5.3.5 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden setzt voraus, dass solche in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen. Bei der Beschwerdeführerin ist dieser Umstand klarerweise nicht gegeben, da es in den letzten Jahren bei ansonsten längerdauernder Beschwerdefreiheit lediglich zwischenzeitlich (spätestens seit dem Jahr 2004 jährlich drei- bis viermal; act. G 3.1/67;



## St.Galler Gerichte

seit dem Jahr 2008 ein- bis dreimal pro Jahr; act. G 3.1/81) zu Phasen der Schmerz-exazerbationen kam.

5.3.6 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, wurde zu Recht weder von der Beschwerdeführerin behauptet noch ergeben sich aus den Akten Hinweise darauf.

5.3.7 Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind ebenfalls

nicht dokumentiert. Im Gegenteil berichtete Dr. E.\_\_\_\_ stets über einem sehr guten Verlauf (act. G 3.1/65, 67, 68, 73 und 81).

5.3.8 Das Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen liegt bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Vor dem Unfallereignis arbeitete die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben zu 100% (act. G 3.1/9 S. 2) und gemäss Angaben der Arbeitgeberin zu 90% (vgl. Unfallmeldung der Arbeitgeberin Ziff. 12, act. G 3.1/4). Nach dem Unfall vom 2. März 2001 bestand bis Ende April 2001 eine volle und ab 1. Mai 2001 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.1/1, 2, 3 und 6). Ab 1. Juni 2001 wurde die Arbeitsfähigkeit progredient auf 60%, ab 1. Juli 2001 auf 70% gesteigert (act. G 5.5). Ab 1. August 2001 bestand bei der Beschwerdeführerin eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit, welche aufgrund einer Einschränkung beim Anheben von Lasten über ca. 20kg oder ruckartigen Bewegungen im HWS-Bereich auf 95% korrigiert wurde (act. G 3.1/28, act. G 5.7). Die Beschwerdeführerin hat ihr Arbeitspensum per 1. August 2001 freiwillig auf 80% herabgesetzt (act. G 3.1/39; vgl. auch act. G 3.1/42.2, wonach das Arbeitspensum bereits im Mai 2001 auf 80% reduziert wurde), ihr wurde jedoch von der Beschwerdegegnerin (kulanterweise) vom 1. August 2001 bis 31. Dezember 2002 eine 20%-ige Arbeitsunfähigkeit entschädigt (act. G 3.1/53, 54). Gemäss Schreiben vom 10. Januar 2003 von Dr. E.\_\_\_\_ (act. G 3.1/56) erklärte sich die Beschwerdeführerin mit einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2003 bereit, sie werde allerdings aus eigener Motivation nur 80% arbeiten. Daraus ist zu schliessen, dass ab 1. Januar 2003 von einer vollen Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-iges Arbeitspensum ausgegangen wurde und die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum freiwillig aus unfallfremden Gründen auf



80% reduziert hat. Per Ende Oktober 2002 kündigte die Beschwerdeführerin ihre Anstellung wegen Mobbing und Umstrukturierung, die Kündigung sei nicht wegen des Schleudertraumas erfolgt (act. G 3.1/50). Neben einem 60%-Pensum mit Tätigkeit im M.\_\_\_\_ bildete sie sich 2003 bis 2005 zur diplomierten Pflegefachfrau (Diplom I) aus. Im Herbst 2006 schloss sie diese Ausbildung als diplomierte Pflegefachfrau HF ab. Anschliessend absolvierte sie nach einem Impingementproblem der rechten Schulter eine Ausbildung zur Ausbildungsverantwortlichen FaGe. Ab 2008 bis November 2010 arbeitete sie zu 50% bei der B.\_\_\_\_, zu 50% galt sie als arbeitslos und bildete sich zugleich mit Unterstützung der IV im Bereich der Erwachsenenbildung weiter. Im Anschluss daran folgte die Tätigkeit im Alters- und Pflegeheim N.\_\_\_\_ bis Februar 2011 im Bereich Ausbildung, wobei die Probezeit angeblich aus betrieblichen Gründen und wegen Überqualifikation nicht verlängert worden sei. Im Mai 2011 (Begutachtungszeitpunkt in der Klinik Valens) bezog sie Einkünfte aus dem Bereich der Arbeitslosenunterstützung (vgl. Sozialanamnese act. G 3.1/119 S. 7 f.). Damit ist es der Beschwerdeführerin gelungen, die seit Januar 2003 bestehende volle Arbeitsfähigkeit über Jahre hinweg konstant beizubehalten und sich durch zweckmässige Weiterbildungen - die ihre Einsatz und ihren Willen, weiterhin am Erwerbsleben teilzunehmen, belegen - eine gute Ausbildungsgrundlage für eine Anstellung als Pflege- und Ausbildungsverantwortliche oder auch den Schritt in die Teilselbstständigkeit zu schaffen.

5.3.9 Da keines der erforderlichen Kriterien erfüllt ist, ist die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden zum versicherten Unfall zu verneinen. Die Leistungseinstellung ab 20. Dezember 2011 erfolgte damit auch mit Blick auf den adäquaten Kausalzusammenhang zu Recht.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.