



<b>Fall-Nr.:</b>	UV 2013/60
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	UV - Unfallversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	03.03.2015
<b>Entscheiddatum:</b>	03.03.2015

### Entscheid Versicherungsgericht, 03.03.2015

**Art. 6 Abs. 1 UVG; Art. 4 ATSG. Natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint. Verzicht auf Adäquanzprüfung nach der "Schleudertrauma-Praxis". (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. März 2015, UV 2013/60).Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Christiane Gallati Schneider,Versicherungsrichter Ralph Jöhl; a.o. Gerichtsschreiber Silvan BötschiEntscheid vom 3. März 2015in SachenA.\_\_\_,Beschwerdeführerin,vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Grämiger, LL.M., Toggenburgerstrasse 35, 9500 Will,gegenAXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,Beschwerdegegnerin,betreffendVersicherungsleistungenSachverhalt:**

A.

A.a A.\_\_\_ (nachfolgend Versicherte) arbeitete im 80 %-Pensum als Reiseberaterin bei der B.\_\_\_ GmbH (nachfolgend Arbeitgeberin) und war bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA) im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung versichert (act. A 1).

A.b Am 21. August 2010 erlitt die Versicherte bei einem Verkehrsunfall ein Schädel-Hirn-Trauma sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) (act. M 5 ff.) Anschliessend beklagte sie sich über anhaltende Bewegungs- bzw. Belastungsschmerzen und bezog von der AXA vorläufig Taggeldleistungen infolge Arbeitsunfähigkeit (act. M 8 f. und A 74). Im Verlaufe einer regelmässigen osteopathischen Behandlung konnte die Leistungsfähigkeit der Versicherten sukzessive gesteigert werden und sie übte schliesslich ab 18. Juli 2011 wieder ein Arbeitspensum von 80 % aus (act. M 13 f. und M 18). Aufgrund der



## St.Galler Gerichte

verbliebenen Restschmerzen im Nacken- und Rückenbereich unterzog sich die Versicherte ab Juli 2012 einer interventionellen Schmerztherapie (act. M 24 f. und M 27).

A.c Mit Verfügung vom 9. Oktober 2012 stellte die AXA die Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung rückwirkend per 31. März 2012 ein, weil die zu diesem Zeitpunkt fortbestehenden Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis vom 21. August 2012 zurückzuführen seien (act. A 62).

B.

B.a Am 17. Oktober 2012 beantragte die mittlerweile anwaltlich vertretene Versicherte einspracheweise die Aufhebung der Verfügung vom 9. Oktober 2012 unter Ausrichtung der Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (act. A 63). Zur Begründung machte sie mit ergänzender Eingabe vom 7. November 2012 eine ungenügende Sachverhaltsabklärung geltend und verlangte die Einholung eines biomechanischen sowie eines polydisziplinären Gutachtens zur Einschätzung der Unfallkausalität der verbliebenen Beschwerden. Andernfalls sei diese aufgrund einer gesonderten Adäquanzprüfung zu bejahen (act. A 66).

B.b In ihrer Einsprache-Entscheid vom 19. Juli 2013 hielt die AXA fest, dass gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten kein überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den von der Versicherten nach der Leistungseinstellung am 31. März 2012 geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 21. August 2010 bestehe. Auf die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens könne verzichtet werden, da ohnehin keines der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien zur Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs vorliege (act. A 68).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 16. September 2013 gelangte die Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführerin) an das Versicherungsgericht und beantragte die Aufhebung des Einsprache-Entscheids der AXA (nachfolgend Beschwerdegegnerin) vom 19. Juli 2013. Die Beschwerdegegnerin sei zur Ausrichtung der gesetzlichen



Unfallversicherungsleistungen zu verpflichten; eventualiter sei ein biomechanisches sowie ein umfassendes und neutrales polydisziplinäres Gutachten zur Beurteilung der Unfallkausalität in Auftrag zu geben. Begründend bringt die Beschwerdeführerin vor, die fehlende Objektivierbarkeit der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden rechtfertige rechtsprechungsgemäss nicht deren Negation. Mit Blick auf die ungenügende medizinische Aktenlage habe aufgrund der geltenden Beweislastverteilung weiterer Abklärungsbedarf betreffend die Unfallkausalität der nach der Leistungseinstellung am 31. März 2012 geklagten Beschwerden bestanden. Zudem sei die entsprechende Adäquanzprüfung zu einem zu frühen Zeitpunkt und aufgrund einer unzutreffenden Einordnung des Unfallereignisses durchgeführt worden; des Weiteren seien die einzelnen Adäquanzkriterien falsch beurteilt worden (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 16. September 2013. Angesichts der medizinischen Aktenlage seien die von der Beschwerdeführerin nach der Leistungseinstellung geltend gemachten Beschwerden nicht in rechtsgenügender Weise als organisch objektive Unfallfolge ausgewiesen. Darüber hinaus befinde sich die Beschwerdeführerin infolge weitestgehender Genesung seit der Leistungseinstellung in einem stabilen medizinischen Endzustand. Die Adäquanzbeurteilung sei somit rechtzeitig durchgeführt worden und gelange mit Blick auf die einzelnen Adäquanzkriterien zum korrekten Ergebnis (act. G 7).

C.c Replizierend hielt die Beschwerdeführerin am 24. März 2014 an den in der Beschwerde vom 16. September 2013 geäusserten Anträgen und der damaligen Sachverhaltsdarstellung fest. Sie fügte sinngemäss hinzu, die für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden seien als natürlich-kausale Unfallfolge zu betrachten, zumal dies nicht mit dem erforderlichen Beweismass widerlegt worden sei. Berücksichtige man zudem die nach der Leistungseinstellung anhaltende Therapiebedürftigkeit und die fortgesetzte medizinische Behandlung, so könne am 31. März 2012 noch keine Stabilisierung des Gesundheitszustands eingetreten sein. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung seien der Sachverhalt deshalb ungenügend erstellt gewesen und die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt. Im Übrigen zeigte die Beschwerdeführerin anhand einer detaillierten Beschreibung des Unfallereignisses auf, weshalb dieses ihres Erachtens von der Beschwerdegegnerin unzutreffend eingestuft wurde. Ferner vertrat



sie den Standpunkt, dass die einzelnen Adäquanzkriterien mehrheitlich als erfüllt zu betrachten seien (act. G 12).

C.d Die Beschwerdegegnerin verwies in ihrer Duplik vom 12. Mai 2014 vollumfänglich auf ihre Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2014, welche von der Beschwerdeführerin teils falsch interpretiert werde. Es werde in keiner Weise anerkannt, dass bei der Leistungseinstellung am 31. März 2012 kein gesundheitlich stabilisierter Zustand vorgelegen habe. Ferner seien die adäquanzbezogenen Ausführungen der Beschwerdeführerin widersprüchlich und vermöchten nicht zu überzeugen (act. G 15).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Die Unfallversicherung gewährt Leistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Als Unfall gilt 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität oder Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung



entfiele. 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1).

1.3 Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts oder der verfügenden Verwaltungsstelle ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 222 E. 6).

1.4 Gemäss der sogenannten "Schleudertrauma-Praxis" ist bei diagnostiziertem Schleudertrauma der HWS und äquivalenten Mechanismen mit Vorliegen eines für diese Verletzungen typischen Beschwerdebildes (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (vgl. BGE 134 V 116 f. E. 6.2; BGE 119 V 337 f. E. 1; BGE 117 V 360 f. E. 4b). Dazu wird jedoch verlangt, dass die charakteristischen Beschwerden innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden auftreten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_498/2007 vom 28. Dezember 2007 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).



1.5 Für die Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis" wird ferner vorausgesetzt, dass in einer ersten Phase nach dem Unfall dessen Hergang sowie die auftretenden Beschwerden möglichst genau und verifizierbar dokumentiert werden. Insbesondere der erstbehandelnde Arzt ist gehalten, die versicherte Person genau abzuklären und nach ihrem gesundheitlichen Vorzustand zu befragen. Nebst den weiteren der Diagnosestellung zugrunde gelegten Überlegungen ist auch der Verlauf der Beschwerden ab dem Unfallzeitpunkt genau zu beschreiben, wozu sich der vom Schweizerischen Versicherungsverband empfohlene "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" eignet. Bestehen Anzeichen für ein längeres Andauern oder eine Chronifizierung der Beschwerden, ist eine zügige interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte angezeigt. In der Regel dürfte eine solche Begutachtung nach rund sechs Monaten Beschwerdepersistenz zu veranlassen sein (vgl. BGE 134 V 123 ff. E. 9.2 ff.).

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, an den Folgen eines Unfalls im Sinne des Gesetzes zu leiden und erhebt einen Anspruch auf entsprechende Versicherungsleistungen (act. G 1). Unbestrittenermassen stellte die Kollision vom 21. August 2010 eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den Körper der Beschwerdeführerin dar. Die Beschwerdegegnerin bestreitet jedoch, dass die nach der Leistungseinstellung noch vorhandene Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin eine kausale Folge der fraglichen Kollision sei (act. A 62 und G 7; vgl. act. G 15). Nach Ansicht der Beschwerdeführerin wurde der diesbezügliche Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin nicht hinreichend abgeklärt (act. A 66 und G 1; vgl. act. G 12).

2.2 Demnach ist anhand der bestehenden Aktenlage zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht wegen mangelnden Kausalzusammenhangs zwischen den von der Beschwerdeführerin nach dem 31. März 2012 geklagten gesundheitlichen Beschwerden und dem Kollisionsereignis vom 21. August 2010 eingestellt hat oder ob diesbezüglich weitere Sachverhaltsabklärungen notwendig gewesen wären.

3.



3.1 Die Beschwerdeführerin stellte ihre Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung per 31. März 2012 mit der Begründung ein, die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbel wie auch die Schmerzen im Nacken stünden "nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem erwähnten Unfallereignis" vom 21. August 2010 (act. A 62 und G 7). Bei diesem seien nämlich nachweislich keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen entstanden (act. A 62). Den medizinischen Unterlagen (act. M 4 und M 7) sei zu entnehmen, dass anlässlich der ärztlichen Erstversorgung am Unfalltag radiologisch und neurologisch keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen ausgemacht werden konnten (act. A 68 und G 7). Gleiches ergebe sich aus den Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 25. Januar 2012 (act. M 18) bzw. vom 15. August 2012 (act. M 26) und vom 18. Dezember 2013 (act. M 28), denen zufolge keine objektiv nachweisbaren unfallkausalen Veränderungen oder eine bildgebend ausgewiesene richtunggebende Problematik an der Wirbelsäule festzustellen seien (act. G 7; vgl. act. A 62 und A 68). Das für ein Schleudertrauma der HWS typische Beschwerdebild – Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsschwierigkeiten – habe bei der Beschwerdeführerin "nicht sehr ausgeprägt" vorgelegen und sich nach relativ kurzer Dauer "weitestgehend bzw. vollständig zurückgebildet"; danach seien Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule im Vordergrund gestanden (act. A 68). Diesbezüglich seien gemäss den Stellungnahmen von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 20. Januar 2011 (act. M 9 ff.) und vom 16. Dezember 2011 (act. M 16) bzw. vom 3. Februar 2012 (act. M 19) keine unfallkausalen Beschwerden, sondern vielmehr eine vorübergehende Verschlimmerung einer bereits vorbestehenden Degeneration erkennbar. Die Röntgenbilder (vgl. act. M 9) hätten gezeigt, dass die Beschwerden auf eine Scheuermann-Krankheit im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und eine Fehlf orm der LWS zurückzuführen seien. Zum selben Befund sei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, anlässlich einer Computertomographie vom 19. Januar 2011 (act. M 12) gekommen (act. A 68). Betreffend die geklagten Konzentrationsstörungen ergebe sich aus den Umständen des Unfallereignisses sowie aus einem neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Prof. Dr. phil. F.\_\_\_\_, Neuropsychologin, vom 7. Juni 2012 (act. M 22), dass die diskret und ätiologisch unspezifischen Befunde gegen eine unfallbedingte Hirnverletzung sprächen (act. G 7).



An dieser Beurteilung des Sachverhalts vermöchte die von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nachgewiesene Unfallkausalität der geklagten Beschwerden (act. M 17 und M 20) nichts zu ändern; diese stelle nämlich genau genommen nur eine beweisuntaugliche Koinzidenz nach der Schlussfolgerung "post hoc ergo propter hoc" fest (act. G 7).

3.2 Die Beschwerdeführerin stimmt den Vorbringen der Beschwerdegegnerin insoweit zu, als dass die nach dem 31. März 2012 "geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar" seien (act. A 66 und G 1). Bei Schleudertraumata bestünde die Schwierigkeit aber gerade darin, dass die gesundheitlichen Auswirkungen "mit bildgebenden oder anderen objektivierbaren Untersuchungsmethoden häufig nicht zu erfassen" seien (act. A 66). Nach den Erkenntnissen der medizinischen Forschung sei jedoch bekannt, dass bei solchen Verletzungen "auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten" könnten. Aufgrund der für ein Schleudertrauma typischen Natur der Beschwerden stünden diese daher "weiterhin in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 21. August 2010" (act. A 66 und G 1; vgl. act. G 12). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers erlösche erst, wenn das "Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens" rechtsgenügend nachgewiesen sei. Zumal es sich beim Fehlen der Unfallkausalität um eine anspruchsaufhebende Tatsache handle, sei die Beschwerdegegnerin diesbezüglich beweisbelastet (act. A 66 und G 1). Den von der Beschwerdegegnerin vorgebrachten Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_ (act. M 16 bzw. M 19) und Dr. Hauser (act. M 18, M 26 und M 28) mangle es jedoch an einer medizinischen Begründung, weshalb die Beschwerden nur möglicherweise unfallkausal sein sollten und kein weiterer Abklärungs- bzw. Handlungsbedarf bestehen sollte. Aus diesem Grund habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt und es seien zwingendermassen ein biomechanisches sowie eine polydisziplinäres Gutachten zur Beurteilung der Unfallkausalität zu erstellen (act. A 66 und act. G 7; vgl. act. G 12).

4.



4.1 Aus den Unterlagen geht hervor, dass noch in der Unfallnacht eine ärztliche Untersuchung im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne stattfand, bei der eine Prellung des Kopfes ("contusion de la tête") und des Rückens ("contusion dorsale") sowie mehrere Hautabschürfungen ("dermabrasions multiples") festgestellt und der Verdacht auf ein Schleudertrauma ("coup du lapin") geäussert wurden. Anlässlich einer Röntgenuntersuchung ("Rx Thorax") und einer Computertomographie ("CT cérébral") wurden keine Frakturen oder Blutungen ausgemacht (act. M 6 f.). Da auch keine Anzeichen auf eine ungewöhnliche "Gemütsverfassung" oder "Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien" bestanden, wurde die Beschwerdeführerin am 22. August 2010 aus dem Spital entlassen, wobei ihr eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (act. M 4).

4.2 Einem von Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin, am 22. August 2010 ausgefüllten "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" (act. M 4) zufolge war die Beschwerdeführerin nicht auf die Kollision gefasst und prallte mit ihrem Kopf ausserhalb der Kopfstütze an. Sie verlor dabei das Bewusstsein nicht und wies weder eine Gedächtnislücke auf noch wurde eine Angst- oder Schreckreaktion ausgelöst. Allerdings klagte sie unmittelbar nach dem Unfall über Kopfschmerzen. Rund zwei Stunden später klagte sie zudem über Nacken- und Rückenschmerzen; insbesondere Beugungen/Streckungen sowie Neigungen der HWS bereiteten ihr Schmerzen. Neurologische Besonderheiten oder sonstige Auffälligkeiten wurden keine festgestellt. Einem von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, am 25. August 2010 ausgefüllten "Dokumentationsbogen" derselben Art (act. M 3) kann zusätzlich entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin von sofort eingetretenen, unerträglich starken Kopfschmerzen und – auf entsprechende Nachfrage hin – von rund 24 Stunden nach dem Unfallereignis eingetretenen Hör- und Sehstörungen bzw. entsprechenden Überempfindlichkeiten berichtete. Ferner seien nach etwa 72 Stunden "lumbosacrale Schmerzen" eingetreten. Auch Druckschmerzen im Rücken- und Nackenbereich wurden festgestellt. Der Beschwerdeführerin wurde daher bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. act. M 1).

4.3 Anlässlich einer Verlaufskontrolle durch Dr. G.\_\_\_\_ am 15. September 2010 wurde eine tendenzielle Verbesserung des Gesundheitszustands bei "sehr wellenförmigem



Verlauf" festgestellt. Die Beweglichkeit der HWS sei gut, wobei die "Endstellungen noch schmerzhaft" seien. Die Beschwerdeführerin sei voraussichtlich noch bis zum 20. September 2010 arbeitsunfähig (act. M 2). Gemäss einem "Unfallzeugnis" von Dr. G.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2010 (act. M 5) erlitt die Beschwerdeführerin eine HWS- und LWS-Distorsion, weshalb entsprechende Beschwerden im Vordergrund stünden. Darüber hinaus wird von "wechselhaften Konzentrationsschwierigkeiten" berichtet. Angesichts der "stetigen Besserung des Zustands" bestünde keine "Veranlassung[,] weitere Abklärungen oder andere Therapien durchzuführen" und die Beschwerdeführerin könne "in den nächsten Tagen [...] die Arbeit wiederum aufnehmen".

4.4 Am 9. November 2010 konnte eine "50% Arbeitsfähigkeit von einem 80% Pensum erreicht werden", wobei noch Druck- und Belastungsschmerzen im Bereich der BWS und LWS bestanden (act. M 8-1). In einem Bericht vom 12. Januar 2011 (act. M 8-2) machte Dr. J.\_\_\_\_, Chiropraktor SCT/ECU, aufgrund einer gezielten Medikation und mehrmaliger chiropraktischer Behandlung eine "ordentliche allg. Besserungstendenz" aus, wobei jedoch noch bewegungs- und belastungsabhängige Beschwerden im Bereich der BWS und der LWS beständen.

4.5 Aufgrund einer durch die Beschwerdegegnerin veranlassten konsiliarischen Untersuchung vom 17. Januar 2011 führte Dr. D.\_\_\_\_ die andauernden "lumbovertebralen Schmerzen resp. mitthorakalen Missempfindungen" auf eine unfallfremde und vorbestehende Scheuermann-Krankheit sowie eine "Fehlform der LWS mit fraglich Lyse resp. traumatisch bedingter Läsion" zurück (act. M 9). Die Ursache der fehlgeformten LWS wurde anhand einer Computertomographie vom 19. Januar 2011 genauer abgeklärt, wobei weder eine traumatische ossäre Läsion noch eine Spondylolyse, jedoch geringe Diskusprotrusionen eruiert wurden (act. M 12). Dr. D.\_\_\_\_ interpretierte dies dahingehend, dass die Kollision vom 21. August 2010 eine "nicht richtunggebende vorübergehende Verschlimmerung bei degenerativ vorbestehenden Veränderungen an der BWS und LWS" hervorgerufen habe. Bei Fortsetzung der Therapie werde der Status quo ante "im Bereiche Ende Mai 2011 erreicht sein" (act. M 10). Am 11. Februar 2011 riet Dr. D.\_\_\_\_ von einer chiropraktischen Behandlung oder Massagen ab und empfahl stattdessen eine Stabilisationsgymnastik, wodurch der Status quo ante spätestens Ende Mai 2011 erreicht sei (act. M 11).



4.6 Mit Schreiben vom 30. Mai 2011 (act. M 13) berichtete Dr. G.\_\_\_\_ von einer Besserung der lumbalen Beschwerden infolge osteopathischer Behandlung. In diesem Bereich lägen keine Schmerzen mehr vor. Am 14. November 2011 stellte Dr. G.\_\_\_\_ trotz "leichter stetiger Besserung" einen unbefriedigenden Gesundheitszustand fest. Alle Endstellungen der Kopfbewegungen seien schmerzhaft. Ferner seien die Kopf- und Brustbewegungen eingeschränkt, weshalb eine MRI-Untersuchung empfohlen wurde (act. M 14; vgl. act. M 20). Bei einer in der Folge durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung der Wirbelsäule erkannte Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, einen leicht keilförmigen Wirbelkörper mit Bodenplattenirregularität sowie eine leicht degenerierte Bandscheibe. Kompressionen der neuralen Strukturen an der Wirbelsäule wurden keine ausgemacht (act. M 15). Nach einer Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2011 (act. M 16) zeige dies "lediglich den bekannten Status nach Morbus Scheuermann [...] und die degenerativen Bandscheibenveränderungen". Zumal das Unfallereignis zu keinen strukturellen Veränderungen geführt habe, beurteilte er die Unfallkausalität der damaligen Beschwerden "höchstens noch als möglich". Am 16. Januar 2012 attestierte Dr. G.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin erneut einen leicht verbesserten Gesundheitszustand, der "noch deutlich entfernt von ihrem Zustand vor dem Unfallereignis" liege. Die MRI-Untersuchung der Wirbelsäule habe jedoch keine neuen Gesichtspunkte gegeben, insbesondere keinen klareren objektiven Befund, der die Beschwerden erklären könnte; diese "können nur durch das Schleudertrauma/ Rückenmarkskontusion des Zentralnervensystems erklärt werden" (act. M 17). Diese "absolute Art der Formulierung" stiess bei Dr. D.\_\_\_\_ auf Unverständnis und sei in fachlicher Hinsicht nicht nachvollziehbar (act. M 19; vgl. bereits act. M 16).

4.7 Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin beurteilte Dr. C.\_\_\_\_ die gesamte medizinische Aktenlage und kam in einer Stellungnahme vom 25. Januar 2012 (act. M 18) zum Schluss, dass die zu diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden (Schmerzen bei Rotationsbewegungen, Schmerzen und Verkrampfungen im Rückenbereich auf Höhe der Schulterblätter, schmerzhafte Einschränkung der Kopfbewegungen sowie Unbeweglichkeit im Bereich der LWS [act. M 13 f.]) "nur möglicherweise" in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. August 2010 stünden. Sämtliche Beschwerdebilder seien genügend abgeklärt und weiterführende Abklärungen nicht notwendig.



4.8 Am 29. Mai 2012 berichtete Dr. G.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin den gesundheitlichen Vorzustand noch immer nicht erreicht habe und empfahl deshalb eine neuropsychologische Abklärung (act. M 21), die am 31. Mai 2012 durchgeführt wurde. Prof. F.\_\_\_\_ diagnostizierte dabei Verminderungen im verbalen Konzeptdenken und der adaptiven Flexibilität. Unter Berücksichtigung der Krankengeschichte interpretierte sie ihre "diskret und ätiologisch unspezifischen" Befunde jedoch nicht als unfallbedingte Hirnverletzung, sondern als Ausdruck einer depressiven Verstimmung (act. M 22).

4.9 Zwecks Abklärung der therapieresistenden Nacken- und Rückenschmerzen wurde die Beschwerdeführerin am 18. Juni 2012 von Dr. L.\_\_\_\_ in der Schmerzklinik Zürich untersucht. Dieser eruierte ein chronifiziertes Schmerzsyndrom; eine Gewebeschwäche mit verminderter Resistenzfähigkeit könne nicht ausgeschlossen werden. Letztlich könnten die Beschwerdeursachen aber einzig anhand einer interventionellen Diagnostik eruiert werden (act. M 24). Während er diese durchführte, stellte er anfangs eine "signifikante Besserung" betreffend die Schmerzen fest (act. G 7.1/25). In der Folge fielen die postinterventionellen Schmerzscores allerdings uneinheitlich aus, weshalb er eine myofasziale Ursache der Schmerzen nicht ausschloss (act. M 27). Dr. C.\_\_\_\_ bezeichnete in einer Stellungnahme vom 15. August 2012 (act. M 26) bzw. vom 18. Dezember 2013 (act. M 28) die Ausführungen von Dr. L.\_\_\_\_ betreffend das Distorsionstrauma der HWS und dessen mechanische Erklärung (vgl. act. M 24) aus versicherungsmedizinischer Sicht als "hoch spekulativ". Aus den Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ zur Schmerzklinik (act. M 24 f.) ergäben sich denn auch keine neuen Aspekte und die interventionelle Behandlung führe erfahrungsgemäss nicht zu namhaften Verbesserungen des Gesundheitszustands. Solche Eingriffe könnten "eine eigene Anstrengung" der sich auf ihre Leiden fixierenden Beschwerdeführerin nicht ersetzen. Er sehe nicht, "weshalb vom Unfall vom 21.08.2010 noch Spätfolgen zurückbleiben sollten" (act. M 28).

5.

5.1 Aufgrund der medizinischen Aktenlage – insbesondere der ärztlichen, radioskopischen und computertomographischen Abklärungsberichte vom Unfalltag (act. M 6 f.), des Röntgenbefunds vom 19. Januar 2011 (act. M 12) sowie des radiologischen Berichts vom 18. November 2011 (act. M 15) – kann eine objektivierbare



unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung eindeutig ausgeschlossen werden, was von der Beschwerdeführerin ausdrücklich anerkannt wird (act. A 66 und G 1). Bei den radiologisch festgestellten strukturellen Gesundheitsschäden im Bereich der LWS und BWS ("geringe Diskusprotrusionen, linksbetont auf Höhe L4/L5 und L5/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel von L5 links rezessal sowie auch extraforaminal", "leicht keildeformierter Wirbelkörper Th8 und Bodenplattenirregularität Th8", leichte Degeneration der anliegenden Bandscheibe Th8/9 [act. M 12 und M 15]) handelt es sich um degenerative Vorzustände (act. M 9, M 10, M 15 und M 19; vgl. act. M 17, M 24 und M 28). Anlässlich einer magnetresonanztomographischen Verlaufskontrolle der gesamten Wirbelsäule vom 18. November 2011 (act. M 15) sowie der ab Juli 2012 regelmässig durchgeführten interventionellen Schmerztherapie, in deren Rahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten jeweils bildgebende Untersuchungen an der lumbalen, thorakalen und zervikalen Wirbelsäule durchgeführt wurden (act. M 25 und M 27), konnten ferner keine richtunggebenden Verschlechterungen der bekannten degenerativen Vorzustände ausgemacht werden (vgl. act. M 16).

5.2 Die von der Beschwerdeführerin nach der Leistungseinstellung am 31. März 2012 noch geklagten wechselhaften Beschwerden bzw. persistierenden Schmerzen im Bereich von LWS, BWS und HWS (act. M 21 und M 24), lumbosakralen Rückenschmerzen (act. M 24) und Kreuzschmerzen (act. M 22) werden soweit ersichtlich einzig von Dr. G.\_\_\_\_ auf den Unfall vom 21. August 2010 zurückgeführt (act. M 17; vgl. act. M 20) – allerdings ohne nachvollziehbare medizinische Erklärung ("kein klarer objektiver Befund, der die Beschwerden erklären könnte" [act. M 17]; "nicht mehr weiss, wie ich der Patientin weiterhelfen kann" [act. M 20]). Hingegen ist nach Ansicht von Dr. D.\_\_\_\_ (act. M 11; vgl. act. M 10) und Dr. Hauser (vgl. act. M 26 und M 28) betreffend die vorübergehenden, auf das Unfallereignis zurückzuführenden Beschwerden der status quo ante bzw. status quo sine spätestens per Datum der Leistungseinstellung erreicht. Die über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden seien hingegen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal (act. M 16, M 18, M 19, M 26 und M 28; vgl. act. M 9 f. und M 27). Nach der Beurteilung von Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sind die anhaltenden Beschwerden vielmehr "Ausdruck einer depressiven Verstimmung" (act. M 22) und rührt die Schmerzchronifizierung von Faktoren in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin her (act. M 26). Es fehle ihr an eigenen Anstrengungen (act. M 28) und sie müsse "einen



Umgang mit ihren Schmerzen finden" (act. M 18). Gleichsam kommt Dr. D.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Schmerzen allenfalls "schicksalhaft" bedingt seien oder eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliege (act. M 19). Diese Einschätzung ist auch in Zusammenhang mit dem psychischen und sozialen Druck, dem die Beschwerdeführerin ausgesetzt war, zu verstehen. Nach eigenen Aussagen hat der ehemalige Arbeitgeber die Beschwerdeführerin aus finanziellen Gründen zu einer Erhöhung des Arbeitspensums gedrängt, wobei sie Mühe hatte "mit dem Gedanken[,] an 4 Tagen arbeiten und den 5. Tag zum Erholen zu brauchen" (act. A 37). Nach dem gesagten können die von Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden angesichts der medizinischen Aktenlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 21. August zurückgeführt werden.

5.3 Betreffend die Beschwerden im Bereich der HWS bedeutet das Fehlen einer organisch objektiv ausgewiesenen Folge des Unfalles rechtsprechungsgemäss nicht zwingend den Wegfall der natürlichen Kausalität der geltend gemachten Beschwerden zum Unfallereignis (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.1). In Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis" ist bei diagnostiziertem Schleudertrauma der HWS oder äquivalenten Mechanismen mit zeitgerechtem Vorliegen eines für diese Verletzungen typischen Beschwerdebildes der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (siehe E. 1.4 f.). Vorliegend bestehen Anzeichen, dass die Beschwerdeführerin bei der Kollision vom 21. August 2010 ein HWS-Trauma erlitten hatte (act. M 4 ff.) Innerhalb der 72-stündigen Latenzzeit wurden bei ihr aber lediglich Kopf- bzw. Nackenschmerzen sowie eine audiovisuelle Überempfindlichkeit festgestellt, letztere gar nur auf entsprechende Nachfrage des Vertrauensarztes hin (act. M 3 f.). Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. A 68) kann daher gesagt werden, dass die relevanten Symptome in "nicht sehr ausgeprägter" Weise vorlagen und keine "Häufung von Beschwerden" in der von der Rechtsprechung geforderten Deutlichkeit aufgetreten ist. Es besteht somit kein Anlass, die "Schleudertrauma-Praxis" anzuwenden und es erübrigen sich Weiterungen zum adäquaten Kausalzusammenhang.



5.4 Unter diesen Umständen ist festzustellen, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin nach dem 31. März 2012 geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 21. August 2010 anhand der bestehenden Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Zumal von weiteren spezialärztlichen oder biomechanischen Erhebungen in dieser Hinsicht keine entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse zu erwarten waren, ist der Verzicht der Vorinstanz auf weitergehende diesbezügliche Abklärungen nicht zu beanstanden. Folglich erübrigt sich auch die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz oder die Anordnung eines Gerichtsgutachtens.

6.

6.1 Der natürlich Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin nach dem 31. März 2012 beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 21. August 2010 kann nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

6.2 Entsprechend der im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweislastverteilung trägt die Beschwerdeführerin als Leistungsansprecherin die Folgen der Beweislosigkeit (vgl. BGE 138 V 221 f. E. 6).

6.3 Aus diesem Grund ist die rückwirkende Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. März 2012 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.4 Gerichtskosten werden in Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG keine erhoben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.