



Fall-Nr.: UV 2017/27
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 15.11.2018
Entscheiddatum: 15.11.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 15.11.2018

Art. 19 UVG: Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen wegen des Erreichens des medizinischen Endzustands. Zeitpunkt der Prüfung des Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung. Art. 6 UVG: Verneinung objektivierbarer struktureller Verletzungen im Bereich der HWS; Adäquanzprüfung nach der Schleudertrauma-Praxis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. November 2018, UV 2017/27).

Entscheid vom 15. November 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2017/27

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden,

Paradiesweg 2, Postfach, 9410 Heiden,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Arbeitslose bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen Unfälle versichert, als die Arbeitslosenkasse am 19. April 2016 einen Autounfall der Versicherten vom 16. April 2016 meldete (Suva-act. 1). Die Versicherte hatte als Mitfahrerin rechts hinten in dem von ihrem Ehemann auf einer Hauptstrasse gelenkten Auto gesessen, als bei einer Kreuzung ein von rechts in die Strasse einbiegendes Fahrzeug gegen die hintere rechte Seite des Autos der Versicherten prallte (Suva-act. 15, 42). Die Erstbehandlung hatte am 18. April 2016 bei Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, stattgefunden, der nach einer Röntgenuntersuchung ohne Hinweis auf eine ossäre Läsion eine HWS-Distorsion mit Bewegungs- und Druckschmerz diagnostiziert, ab 16. April 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine Physiotherapie angeordnet hatte (Suva-act. 4, 7 f.). Dr. B.____ hatte ausserdem am 18. April 2016 den Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ausgefüllt (Suva-act. 13). Mit Schreiben vom 26. April 2016 sprach die Suva der Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 19. April 2016 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) zu (Suva-act. 5).



St.Galler Gerichte

A.b Anlässlich einer Besprechung mit der Suva vom 20. Mai 2016 berichtete die Versicherte, nach wie vor unter Nackenschmerzen rechts, Kopfschmerzen und gelegentlichem Schwindel zu leiden (Suva-act. 15). Ab 30. Mai 2016 ging Dr. B.____ wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (Suva-act. 14 f.), verlängerte dann aber die Arbeitsunfähigkeit bis 13. Juni 2016 (Suva-act. 19). Suva-Kreisärztin med. pract. C.____, Fachärztin für Chirurgie, betrachtete am 6. Juni 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als ausgewiesen und riet zu einem Ausbau der aktiven Therapie (MTT [Medizinische Trainingstherapie]; Suva-act. 21).

A.c Ebenfalls am 6. Juni 2016 wurde die Versicherte im Auftrag der Suva durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht, der im Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2016 in der Anamnese seit dem Unfall andauernde Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie eine "Müdigkeit" in den Armen erhob (Suva-act. 26). Am 13. Juni 2016 folgte eine kreisärztliche Untersuchung durch med. pract. C.____ (Suva-act. 30) und am 20. Juni 2016 auf deren Zuweisung eine cranio-zerebrale sowie vertebro-spinale kernspintomographische Untersuchung (MRI) durch Dr. med. E.____, Radiologie F.____, Diagnosezentrum G.____ (Suva-act. 36).

A.d Nachdem med. pract. C.____ am 24. Juni 2016 festgestellt hatte, dass sich im MRI des Kopfs und der HWS keine Hinweise auf unfallbedingte strukturelle Läsionen hätten finden lassen und daher ab sofort von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen sei (Suva-act. 37), teilte die Suva der Versicherten mit, dass sie ab 27. Juni 2016 noch ein Taggeld von 50% ausrichte (Suva-act. 38). Dr. B.____ passte seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entsprechend an (Suva-act. 47).

A.e Am 29. Juni 2016 wurde durch die AGU Zürich, Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, eine biomechanische Kurzbeurteilung durchgeführt (Suva-act. 42).

A.f Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 3. August 2016 teilte Dr. B.____ der Suva mit, dass der Arbeitsversuch mit 50% misslungen sei (Suva-act. 48), und reichte ein Zeugnis mit einer erneuten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 2. August 2016 ein (Suva-act. 47). Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt jedoch am 8. August 2016 an der



St.Galler Gerichte

ursprünglichen Taxation von 50% Arbeitsfähigkeit fest (Suva-act. 49), worauf Dr. B.____ im Unfallschein UVG eine entsprechende Korrektur vornahm (Suva-act. 53). Auch im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. August 2016 notierte der Hausarzt die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% seit 27. Juni 2016. Als gegenwärtige Behandlungen vermerkte er Physiotherapie und Medikamente. Alle zwei Wochen finde ausserdem eine Konsultation bei ihm statt (Suva-act. 56, vgl. auch Suva-act. 62). Am 24. August 2016 stellte Dr. B.____ die vierte Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 88).

A.g Am 29. August 2016 erklärte med. pract. C.____, dass initial noch eine Serie Physiotherapie zu Lasten der Suva übernommen werden könne, von passiven Therapiemassnahmen jedoch keine namhafte Befundsverbesserung mehr zu erwarten sei. Die Versicherte werde mit Dr. B.____ den Übergang zur MTT besprechen. Aufgrund der Latenz zum Trauma dürfe nun von einer mindestens 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Der Schadenfall sei im Verlauf sicher zu terminieren, da keine unfallbedingten strukturellen Läsionen vorliegen würden (Suva-act. 57, 60).

A.h Mit Schreiben vom 29. August 2016 teilte die Suva der Versicherten unter Annahme einer 75%igen Arbeitsfähigkeit und mit Blick auf die arbeitslosenversicherungsrechtliche Leistungspflicht die Einstellung der Taggeldleistungen per 30. August 2016 mit (Suva-act. 61). Am 6. September 2016 informierte Dr. B.____ die Suva darüber, dass ein entsprechender Arbeitsversuch wegen verstärkten Schmerzen habe abgebrochen werden müssen und die Versicherte ab 7. September 2016 wieder versuche, 50% zu arbeiten (Suva-act. 65, vgl. auch Suva-act. 66 f.). Mit Schreiben vom 27. September 2016 unterrichtete die Suva die Versicherte darüber, dass gemäss kreisärztlicher Beurteilung die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien und der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, spätestens am 30. September 2016 wieder erreicht sei. Der Fall müsse demnach betreffend Unfallfolgen per 30. September 2016 abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werden. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. 72).



St.Galler Gerichte

A.i Am 3. Oktober 2016 wandte sich die Versicherte telefonisch gegen die Terminierung der Versicherungsleistungen und verwies auf eine orthopädische Untersuchung durch Dr. med. I.____, Oberarzt mbF, Departement Orthopädie des Spitals J.____ (Suva-act. 73). In dem der Suva am selben Tag eingereichten Untersuchungsbericht vom 21. September 2016 hatte Dr. I.____ weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen und berichtet, dass er der Versicherten nochmals eine Physiotherapieverordnung mit zusätzlicher FDM- (Fasziendistorsionsmodell-)Behandlung ausgestellt habe (Suva-act. 74, vgl. auch Suva-act. 76). Die Suva erklärte hierauf die Leistungseinstellung per 30. September 2016 als hinfällig und sicherte bis auf Weiteres ein Taggeld basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50% zu (Suva-act. 78).

A.j Anlässlich einer Besprechung vom 22. November 2016 teilte die Versicherte der Suva mit, dass sie nach wie vor unter Nackenschmerzen rechts leide, verbunden mit immer wieder auftretenden Kopfschmerzen und Schwindel. Sie nehme weiterhin Schmerzmittel ein. Die Physiotherapie und MTT, verbunden mit einer FDM-Behandlung, hätten bis anhin keinen Erfolg gebracht (Suva-act. 84). Dr. B.____ bestätigte in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 29. November 2016 die vorgenannten Therapien, machte jedoch keine weiteren Behandlungsvorschläge. Konsultationen bei ihm würden nach Bedarf stattfinden. Die Schmerzen und Befunde seien unverändert (Suva-act. 89).

A.k Nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung von med. pract. C.____ am 5. Dezember 2016 (Suva-act. 90) verfügte die Suva am 13. Dezember 2016 die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2016. Zur Begründung legte sie dar, dass die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und nach Prüfung der massgebenden Kriterien die Adäquanz zu verneinen sei (Suva-act. 97).

B.

B.a Mit Eingabe vom 28. Dezember 2016 erhob die CAP Rechtsschutz für die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2016 und reichte einen Untersuchungsbericht von Dr. med. K.____, Facharzt Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie, Leitender Arzt des Departements Anästhesie, Schmerztherapie des



St.Galler Gerichte

Spitals J.____, vom 21. Dezember 2016 ein (Suva-act. 102). Am 7. Februar 2017 führte Dr. K.____ bei der Versicherten eine BV-gesteuerte zervikale Facettengelenksinfiltration C2/3-C4/5 mit Kenakort durch (Suva-act. 115).

B.b In einer ärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2017 nahm med. pract. C.____ nochmals ausführlich zum Schadenfall Stellung (Suva-act. 114).

B.c Mit Schreiben vom 21. März 2017 überliess die CAP Rechtsschutz der Suva einen Unfallschein UVG mit einer von Dr. B.____ bei einer Konsultation vom 15. März 2017 der Versicherten bestätigten Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50% (Suva-act. 120).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 27. März 2017 wies die Suva die Einsprache der Versicherten vom 28. Dezember 2016 ab (Suva-act. 122).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch Rechtsanwalt Dr. iur. P. Sutter, Heiden, am 26. April 2017 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Es sei der Einspracheentscheid vom 27. März 2017 aufzuheben. 2. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen aus UVG weiterhin zu erbringen, eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 27. März 2017.

C.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet (act. G 4 f.).

Erwägungen

1.



Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem der Streitigkeit ein Unfall aus dem Jahr 2016 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Hinsichtlich der für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen (Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 19 UVG) haben sich mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze ohnehin keine Änderungen ergeben.

2.

Streitig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die im Nachgang zum Unfall vom 16. April 2016 erbrachten Leistungen (Heilbehandlungen und Taggeld) auf den 31. Dezember 2016 einstellte und den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung (Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung) ablehnte. Die Beschwerdeführerin klagte im Leistungseinstellungszeitpunkt über eine seit dem Unfall unveränderte Beschwerdesymptomatik, insbesondere über Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich sowie zusätzlich über Schwindel, Kopfschmerzen, Dysästhesien (ein "Kribbelgefühl") und eine schmerzbedingte Ermüdung und Kraftlosigkeit im rechten Arm (Suva-act. 46, 74, 84, 102, 114). Auch nach der Leistungseinstellung wurden Heilbehandlungen durchgeführt (Suva-act. 115) und der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. 120).

3.

3.1 Bezüglich der Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen ist zu prüfen, ob im Leistungseinstellungszeitpunkt von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mit anschliessender Prüfung des Anspruchs auf eine



Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1).

3.2 Was den in Art. 19 Abs. 1 UVG geforderten Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) betrifft, ist festzuhalten, dass aus den vorliegenden Akten nicht hervorgeht, dass im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Dezember 2016 Eingliederungsmassnahmen der IV durchgeführt worden sind. Selbst wenn allfällige berufliche Massnahmen noch nicht abgeschlossen wären oder der Entscheid der IV über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt würde, wäre indes die Leistungseinstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zulässig; entscheidend ist einzig, dass jedenfalls im Leistungseinstellungszeitpunkt von einer Fortsetzung der medizinischen Behandlung (im Sinn von Art. 10 Abs. 1 UVG) keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mehr erwartet werden konnte (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 19. Januar 2010, 8C_895/2009, E. 5, und 28. Mai 2009, 8C_306/2009, E. 4.3). Entgegen der Sichtweise des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (act. G 1, III. Rz 3) stehen daher allfällige berufliche Eingliederungsmassnahmen der Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) nicht entgegen.

3.3 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist, bestimmen. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss und eine unbedeutende Besserung ebenso wenig genügt wie die blosser Möglichkeit einer Besserung (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, U 394/06, E. 4.3 mit Hinweisen und Urteil des EVG vom 12. Juni 2009, 8C_25/09, E. 4.1.1 mit Hinweisen; BGE 134 V 115 E. 4.3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/



Basel/Genf 2012, S. 144). Nach der Rechtsprechung ist die Frage der namhaften Besserung des Gesundheitszustands prospektiv bezogen auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2010, 8C_58/2010, E. 2.2 und Urteil des EVG vom 20. Mai 2005, U 244/04, E. 3.1 mit Hinweisen, publ. in: RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff "Prognose" erfasst werden.

3.4 Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall durchgehend mit Physiotherapie, übergehend in eine MTT, sowie mit Schmerzmitteln behandelt (Suva-act. 7 f., 15, 20 ff., 48, 54, 56, 59, 71, 74, 88, 105). Im September 2016 wurden Physiotherapie bzw. MTT durch eine FDM (Fasziendistorsionsmodell)-Behandlung ergänzt (Suva-act. 74, 84). Trotz dieser Behandlungen notierte Dr. B.____ in den ärztlichen Zwischenberichten vom 22. August und 29. November 2016 praktisch unveränderte Schmerzen (Suva-act. 56, 89). Die von ihm - wie bereits im ärztlichen Zwischenbericht vom 3. August 2016 (Suva-act. 48) - zudem vermerkte drohende Chronifizierung weist ebenfalls auf eine Stagnation des Beschwerdebildes trotz medizinischer Behandlungen hin. Entsprechend hatte die Beschwerdeführerin am 19. September 2016 gegenüber Dr. I.____ und anlässlich einer Besprechung vom 22. November 2016 mit der Beschwerdegegnerin berichtet, dass weder die Physiotherapie, die MTT noch die FDM-Behandlung einen Erfolg gebracht bzw. geholfen hätten (Suva-act. 74, 84). In den ärztlichen Zwischenberichten vom 22. August und 29. November 2016 sah Dr. B.____ sodann explizit von weiteren Behandlungsvorschlägen ab (Suva-act. 56, 89). Im November 2016 besuchte die Beschwerdeführerin nur noch die (erfolglose) MTT und ihren Hausarzt Dr. B.____ höchstens bei Bedarf (vgl. Suva-act. 84). Seit Juni 2016 hatte ausserdem praktisch durchgehend eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Suva-act. 37, 53, 56 f., 74, 76, 82, 89, 91, 117). Med. pract. C.____ zog in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2017 angesichts des geschilderten Sachverhalts den überzeugenden Schluss, dass nicht mehr davon auszugehen sei, dass durch fortgesetzte Massnahmen eine Besserung des Gesundheitszustands zu erzielen sei. Trotz diverser Therapieansätze habe die Beschwerdeführerin keinerlei Besserungstendenz gezeigt (Suva-act. 114-6 f.). Aufgrund des Gesagten erhellt, dass



von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands spätestens ab 31. Dezember 2016 nicht mehr auszugehen war.

3.5 Die von Dr. K.____ am 7. Februar 2017 bei der Beschwerdeführerin durchgeführte zervikale Facettengelenksinfiltration C2/3-C4/5 mit Kenakort vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Laut dessen Verlaufsbericht vom 21. Februar 2017 handelte es sich bei der Infiltration primär um ein diagnostisches Vorgehen und damit um eine blosser Abklärungsmassnahme ohne Auswirkung auf den Gesundheitszustand. Die Wirkungszeit bis zur erneuten Schmerzzunahme betrug lediglich zwei Tage und ein weiterer Termin wurde auf Wunsch der Beschwerdeführerin nicht vereinbart (Suva-act. 115). Eine allfällige Wirkung führte lediglich zu einer kurzfristigen Symptombekämpfung.

3.6 Weitere beweismässige medizinische Abklärungen in Form des vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 26. April 2017 verlangten medizinischen interdisziplinären Fachgutachtens sind nicht geboten. Das Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2007 (U 104/06, E. 4.4 ff.) ist mangels identischer Sachverhalte für den vorliegenden Fall nicht einschlägig. In jenem Fall hatte der Unfallversicherer mangels Verfügung über die erforderlichen medizinischen Beurteilungsgrundlagen die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung veranlasst, dann jedoch mitten im Abklärungsverfahren eine provisorische Leistungseinstellung ausgesprochen, womit sie dem Grundsatz zu wider handelte, dass der Unfallversicherer zuerst den rechtserheblichen Sachverhalt ausreichend abzuklären habe. Der Unfallversicherer konnte also im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte. Im vorliegenden Fall kann jedoch die Frage nach dem Erreichen eines medizinisch stabilen Gesundheitszustands anhand der vorliegenden Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden (vgl. vorstehende Erwägung 3.3).

3.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin per 31. Dezember 2016 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte



Besserung mehr zu erwarten war, womit die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu Recht per 31. Dezember 2016 eingestellt hat.

4.

4.1 Hinsichtlich der Ansprüche auf eine Rente oder Integritätsentschädigung ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Dezember 2016) noch Unfallrestfolgen vorhanden waren.

4.2 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Ist die Unfallkausalität im Grundfall einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. 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 (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

4.3 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrage gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

4.4 Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma (vgl. dazu SVR



1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild 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 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen 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).

5.

5.1 Vorerst ist mithin zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden bzw. einen Dauerschaden verursachen konnten.

5.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRI, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).



5.3 Die Beschwerdeführerin suchte am 18. April 2016 Dr. B.____ auf, dessen Röntgenuntersuchung keine Anhaltspunkte für eine ossäre Läsion zeigte (Suva-act. 8). Die MRI-Untersuchung des Schädels vom 20. Juni 2016 durch Dr. E.____ ergab ein altersentsprechend normales cranio-zerebrales Kernspintomogramm, insbesondere ohne fassbare posttraumatische intrakranielle Läsionen. Auf dem gleichentags durch Dr. E.____ aufgenommenen MRI der HWS gelangten eine Streckfehlhaltung C2-C6 mit angedeuteter kyphotischer Fehllhaltung auf Höhe C4, eine kleinvolumige mediane Diskushernie C5/C6 mit entsprechender Eindellung des ventralen Duralschlauchs ohne Beeinträchtigung der neuralen Strukturen sowie eine kleinvolumige rechts-foraminale bis foraminal reichende Diskushernie in diesem Segment mit mässiggradiger diskogen bedingter Foraminalstenose C5/C6 mit möglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel von C6 rechts zur Darstellung. Ansonsten zeigte sich ein normales Kernspintomogramm (Suva-act. 36). Wie von med. pract. C.____ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 14. Juni 2016 (Suva-act. 30) und in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2017 (Suva-act. 114) überzeugend festgestellt (vgl. auch Suva-act. 37), steht ausser Frage, dass mit den vorgenannten MRI-Untersuchungsergebnissen organisch-strukturelle Unfallfolgen ausgeschlossen werden konnten (vgl. insbesondere zur Entstehung einer Diskushernie sowie zur Kyphose: ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 879 f.; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 210, 811, 1006 [nachfolgend: PSCHYREMBEL 2017]; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1062; zur Streckfehlhaltung vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

5.4 Die Erklärung von Dr. K.____ im Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2016 (Suva-act. 98) - es sei hinlänglich bekannt und wissenschaftlich belegt, dass bei einem HWS-Beschleunigungstrauma in den Bändern, Bandscheiben und vor allem in den Wirbelsäulengelenken Mikroläsionen verursacht werden könnten, die sich in der MRI-Untersuchung nicht nachweisen liessen - vermag den fehlenden Nachweis einer objektivierbaren Unfallverletzung im vorliegenden MRI der HWS vom 20. Juni 2016, welche fortdauernde Beschwerden zu erklären vermöchte, nicht zu ersetzen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung legt eindeutig fest, welche Anforderungen an die Objektivierung organisch-struktureller Unfallfolgen gestellt werden (vgl. Erwägung 5.2).



Dr. K.____ erklärt demgegenüber nicht, wie diesen Anforderungen hinsichtlich Mikroläsionen genüge getan werden kann bzw. wie und ob solche bildgebend zur Darstellung gebracht werden können. Es sind derzeit auch keine neuen Untersuchungsmethoden ersichtlich, welche in wissenschaftlich anerkannter Weise den Nachweis von organischen Störungen im Bereich von HWS (bei Unfall mit Schleudertrauma resp. äquivalenter Verletzung) oder Schädel-Hirn gestatteten (vgl. etwa RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, U 160/98, zur mangelnden Geeignetheit der SPECT-Untersuchung; hierzu auch: STÖCKLI et al., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma [cKZBT, sog. Schleudertrauma] [ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury], Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13. Januar 2005, in: Schweizerisches Medizin-Forum 2005, a.a.O., S. 1185, [<https://medicalforum.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/smf/de/smf.2005.05698/2005-47-316.pdf/>], abgerufen am 25. Oktober 2018; vgl. auch BGE 134 V 119 E. 7.2]). Sollte dieser Nachweis aufgrund neu entwickelter Untersuchungsmethoden (zur Diskussion steht etwa die funktionelle Kernspintomographie [auch: funktionelle Magnetresonanztomographie, fMRT, resp. functional magnetic resonance imaging, fmri]; vgl. hierzu auch Christian Thöny, Richter foutieren sich um medizinische Fortschritte, in: Plädoyer 2/2007, S. 20 ff.) verlässlich möglich werden, wird es zudem noch näherer Betrachtung bedürfen, ob die damit erhobenen Befunde natürlich unfallkausal sind und die geklagten Beschwerden zu erklären vermögen. Dr. K.____ spricht im Übrigen nur allgemein von Mikroläsionen, welche bei einem HWS-Beschleunigungstrauma in den Wirbelsäulengelenken verursacht werden könnten. Dass konkret die Beschwerdeführerin durch den Autounfall vom 16. April 2016 Mikroläsionen erlitten hätte, ist damit ohnehin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan.

5.5 Auch neurologisch liess sich bei der Beschwerdeführerin kein unfallbedingter Folgeschaden feststellen. So ergab die neurologische Untersuchung durch Dr. D.____ vom 6. Juni 2016, insbesondere die von ihm durchgeführte Elektroenzephalografie (EEG), gänzlich normale Befunde (Suva-act. 26). Auch die Kraftlosigkeit im rechten Arm und die Dysästhesien liessen sich demnach neurologisch nicht erklären.



5.6 Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich zwar im Rahmen der klinischen Untersuchungen durch med. pract. C.____, Dr. I.____ und Dr. K.____ vom 13. Juni 2016 (Suva-act. 30), 19. September 2016 (Suva-act. 74) bzw. 20. Dezember 2016 (Suva-act. 98) im Bereich der HWS die auch radiologisch erhobene Streckhaltung sowie Druck- und Bewegungsdolenzien. Dr. B.____ hatte ausserdem im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. August 2016 einen Hartspann paravertebral beidseits notiert (Suva-act. 56, vgl. auch Suva-act. 65). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind indessen beispielsweise ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich nicht als organisch-strukturell hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzien im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

5.7 Im Einklang mit den Darlegungen in den Erwägungen 5.3 ff. finden sich in den ärztlichen Berichten bzw. Beurteilungen keine Diagnosen, welche eine konkrete bzw. fortdauernde organische Unfallfolge erfassen würden. Dr. B.____ nannte im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. August 2016 die Diagnose "posttraumatisches Cervikalsyndrom" und sprach - wie bereits im ärztlichen Zwischenbericht vom 1. Juni 2016 (Suva-act. 20) - von einer (drohenden) Chronifizierung (Suva-act. 56). Auch Dr. I.____ diagnostizierte im orthopädischen Sprechstundenbericht vom 21. September 2016 ein Cervikobrachial-syndrom rechtsbetont bei/mit Diskushernie C5/6 und Status nach Verkehrsunfall mit cervikalem Beschleunigungstrauma vom 16. April 2016 (Suva-act. 74). In damit zu vereinbarender Weise stellte Dr. K.____ im Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2016 die Diagnose einer chronischen Zervikobrachialgie und Zervikozephalgie rechtsbetont nach HWS-Distorsion infolge Verkehrsunfall am 16. April 2016 (Suva-act. 98). Laut ROCHE LEXIKON (a.a.O., 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. Unfallbedingte Syndrome mit den vorgenannten



Beschwerden sind zwar nicht ausgeschlossen, doch ist in diesem Fall eine nachweisbare Verletzung unabdingbar. Insofern ist mit den obgenannten Diagnosen zumindest nicht die Unfallkausalität vorliegender gesundheitlicher Störungen nachgewiesen. Eine Diagnose mit dem Wortteil -algie beschreibt sodann für sich allein nur einen Schmerz bzw. Schmerzzustand im konkret genannten Körperbereich (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 49). Gerade die Ursachen von Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen sowie von Muskelverspannungen sind vielfältig. Die Ursache muss in keiner Weise ein Unfallereignis sein. Die genannten Beschwerden vermögen sich zudem wechselseitig zu beeinflussen bzw. gegenseitig zu unterhalten, weshalb sie erfahrungsgemäss auch häufig zusammen beschrieben werden (vgl. z.B. Kopfschmerz: PSCHYREMBEL 2017, a.a.O., S. 1141 f.; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1040; Nackenschmerzen bzw. -steifigkeit: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1438; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1286; Myogelose: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1428; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 799 f.). So werden beispielsweise die Nackenschmerzen der Beschwerdeführerin im orthopädischen Sprechstundenbericht von Dr. I.____ vom 21. September 2016 vor allem als in den rechten Arm ausstrahlend beschrieben (Suva-act. 74) und die Kopfschmerzen schilderte sie gegenüber Dr. K.____ laut Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2016 als "Begleitkopfschmerzen", zu welchen es bei einer Schmerzzunahme im Nacken- und Schultergürtelbereich komme (Suva-act. 98). Mit dem diagnostischen Zusatz "posttraumatisch" wird dazu nur eine zeitliche Einordnung (das Syndrom bzw. die Schmerzen traten zeitlich betrachtet nach einem Trauma auf) vorgenommen. Der zeitliche Aspekt allein und damit auch die von Dr. K.____ im Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2016 vorgebrachte Tatsache, dass die Angaben der Beschwerdeführerin absolut glaubhaft seien und sie vor dem Unfall vom 16. April 2016 noch keinerlei Beschwerden im Nacken-, Schulter- und Kopfbereich gehabt habe, d.h. beschwerdefrei gewesen sei (Suva-act. 98), reichen jedoch nicht aus, um von einer natürlich unfallkausalen organisch strukturellen Schädigung auszugehen. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z. B. in UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015,



N 69 zu Art. 4 ATSG; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Auch aus der Diagnose Status nach Autounfall ist lediglich in zeitlicher Hinsicht abzuleiten, dass der heutige Zustand nach dem Unfallereignis aufgetreten ist. Unfallrestfolgen sind damit nicht erwiesen.

5.8 Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 30. August 2014 keine klar ausgewiesene neue, bleibende, allenfalls schlecht verheilte strukturelle Läsion im Bereich der HWS erlitten hat, welche die überwiegend wahrscheinliche Annahme von Langzeitbeschwerden zulassen würde.

6.

Des Weiteren ist zu prüfen, ob im Zeitpunkt der Rentenprüfung nicht organisch objektivierbare Unfallfolgen noch vorhanden sind.

6.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der Halswirbelsäule und Schädelhirntraumen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt (wie in Erwägung 5.2 dargelegt) allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 382 E. 4b). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner



umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, und 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen des Schleudertraumas oder der HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

6.2 Beim Unfall vom 16. April 2016 prallte unbestrittenermassen ein Fahrzeug seitlich von rechts gegen das vom Ehemann der Beschwerdeführerin gelenkte Auto, in welchem diese als Mitfahrerin hinten rechts sass (Suva-act. 15). Laut biomechanischer Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 29. Juni 2016 kam es dadurch zu einer Geschwindigkeitsänderung des Autos der Beschwerdeführerin in Rückwärtsrichtung und nach links (Suva-act. 42). Es liegt damit ein Unfallmechanismus vor, der eine schleudertraumaähnliche Verletzung plausibel macht. Entsprechend hatte Dr. B.____ anlässlich der Erstbehandlung vom 18. April 2016 eine HWS-Distorsion Grad II diagnostiziert, nachdem die Beschwerdeführerin angegeben hatte, innerhalb der erforderlichen Latenzzeit bzw. innerhalb von 24 Stunden unter Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Hörstörungen sowie Schlafstörungen gelitten zu haben, und sich Dr. B.____ bei der klinischen Untersuchung eine schmerzhaft verminderte Beweglichkeit sowie Druckschmerzhaftigkeit der HWS gezeigt hatten (Suva-act. 13, vgl. auch Suva-act. 8). Bei dieser Diagnose bzw. diesem Beschwerdebild ist anfänglich von einem natürlichen Kausalzusammenhang betreffend eine schleudertraumaähnliche Verletzung auszugehen. Dies wird seitens der Beschwerdegegnerin und med. pract. C.____ auch nicht bestritten.

6.3 Die laut Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 (U 394/06, E. 9.3 f. = BGE 134 V 124 E. 9.3) nach rund sechs Monaten zu veranlassende eingehende medizinische Abklärung im Sinne eines poly-/interdisziplinären Gutachtens soll sodann nach der Erstabklärung noch einmal die Schleudertrauma- bzw. schleudertraumaähnliche Diagnose festigen bzw. nochmals zuverlässig beantworten, ob sich die persistierenden Beschwerden medizinisch weiterhin mit einer Schleudertrauma- bzw. schleudertraumaähnlichen Diagnose erklären lassen. Ein



besonderes Augenmerk ist im Gutachten zudem auf die Frage zu richten, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des für solche Verletzungen typischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatisch-psychischen Beschwerdebildes zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt. Nur wenn in der Expertise überzeugend dargetan wird, dass die psychische Störung nicht Symptom der Verletzung ist, kann dafür eine andere Ursache gesehen werden. Die Rechtsprechung verlangt also für die Fragen der natürlichen Kausalität und psychischen Gesundheitssituation eine medizinische Begutachtung. Im vorliegenden Fall kann indes eine abschliessende Klärung der Frage, wie lange der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich gegeben ist, unterbleiben, nachdem - wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. Erwägung 7) - ein natürlicher Kausalzusammenhang spätestens bei Leistungseinstellung per 31. Dezember 2016 nicht auch adäquat und damit für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin rechtsgenügend wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C_217/2008, E. 7.3; vgl. dazu auch RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O, S. 56 f.). Eine eigenständige psychische Problematik steht im konkreten Fall zudem ausser Frage (vgl. nachfolgende Erwägung 7.1). Sodann bedarf es eines poly-/interdisziplinären Gutachtens für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchender Problemen nicht zwingend, wenn - wie hier - Berichte von Ärzten verschiedener in Betracht fallender Fachrichtungen vorliegen, welche eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008, 8C_527/2008, E. 3.2).

7.

Die Adäquanzprüfung ist im Zeitpunkt des Endes der medizinisch instabilen Phase bzw. des Anspruchs auf vorübergehende Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld), d.h. per 31. Dezember 2016 (vgl. Erwägung 3) vorzunehmen (BGE 134 V 109).

7.1 Angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten (vgl. dazu Erwägung 6.2) ist erwiesen und unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin ein HWS-Distorsionstrauma mit einer typischen Beschwerdesymptomatik vorlag. In den medizinischen Akten ist ausserdem keine relevante psychische Problematik auszumachen. Die von med. pract. C.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2017 festgestellte psychosoziale Belastungssituation vermag jedenfalls keine



eindeutige Dominanz psychischer Probleme zu erklären. Die Adäquanz ist damit nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien zu beurteilen, wobei auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten ist (vgl. dazu die allgemeinen Ausführungen in der vorstehenden E. 4.4).

7.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist nach der Schleudertrauma-Praxis verlangt, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Bei der Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist, und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen dafür mehrere Kriterien herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1). Die in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.3).

7.3 Vor der Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien ist die Schwere des Unfallereignisses vom 16. April 2016 zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin sass hinten rechts in dem von ihrem Ehemann auf einer Hauptstrasse gelenkten Auto. Dabei prallte



eine Fahrzeuglenkerin, als diese bei einer Kreuzung von rechts auf die Hauptstrasse einfuhr, mit ihrem Auto gegen die rechte hintere Seite des Autos der Beschwerdeführerin (Suva-act. 15, 42). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 29. Juni 2016 (Suva-act. 42) erfuhr das Auto der Beschwerdeführerin aufgrund der Kollision eine Geschwindigkeitsänderung in Rückwärtsrichtung und nach links, welche unterhalb oder innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h lag. Die Fachleute hielten weiter fest, dass sich bei einer Kollision wie im vorliegenden Fall, welche vorwiegend eine Bewegung der Insassen nach vorne und in geringerem Masse zur Seite bewirke, in Bezug auf die HWS bei Angegurtenen (vgl. Suva-act. 13-1) grundsätzlich ein günstigerer Bewegungsablauf und eine prinzipiell geringere HWS-Belastung als bei Heckkollisionen ergebe. Analog einem Frontalanprall werde die hauptsächlich vorwärts gerichtete Bewegung der Insassen im Wesentlichen durch die Gurte aufgefangen. Die hintere Halsmuskulatur, welche den Kopf vor zu grosser Vorwärtsbewegung schützen könne, sei wesentlich stärker ausgerichtet als die vordere. Biomechanisch relevante Besonderheiten, insbesondere ein zusätzlich belastender Bewegungsablauf, seien sodann nicht aktenkundig. Aus biomechanischer Sicht ergab sich auf Grund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass es anhand der vorliegenden Unterlagen schwierig zu entscheiden sei, ob die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung erklärbar seien. Angesichts dieses Ergebnisses sowie parallel zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach einfache Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug und auch Doppelkollisionen, bei denen das Fahrzeug durch den Heckanprall zusätzlich in den davor stehenden Wagen geschoben wird, als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren sind (vgl. dazu auch die Kasuistik in RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 61 ff.), ist auch im vorliegenden Fall von einem Unfall dieser Kategorie auszugehen (SVR 2009 UV Nr. 39 S. 134, 8C_304/2008; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2016, 8C_651/2016, E. 5.4, vom 6. Juni 2012, 8C_906/2011, 30. August 2010, 8C_580/2010, E. 5.2.2, und 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 6.1 f. mit weiteren Hinweisen). Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich beim Unfall der Beschwerdeführerin höhere Kräfte entwickelt hätten. Zwar erfuhr das Auto einen Totalschaden (vgl. Suva-act. 34). Ein solcher lässt indes noch nicht den Schluss auf einen schweren Unfall zu, zumal es bei der Bezeichnung Totalschaden um einen wirtschaftlichen Begriff geht, bei dem die



Reparaturkosten dem Fahrzeug-Restwert gegenübergestellt werden. Dies ist zumindest bei älteren Personenwagen - wie dem vorliegenden - relevant.

7.4 Der adäquate Kausalzusammenhang bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist zu bejahen, falls ein einzelnes der nach der Rechtsprechung einzubeziehenden Kriterien (vgl. dazu BGE 134 V 130 E. 10.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 73 ff.) besonders ausgeprägt vorhanden ist oder mindestens vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 64). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. März 2017 (Suva-act. 130-11 f.) zu den einzelnen Adäquanzkriterien Stellung genommen. Ihre Ausführungen sind nicht zu beanstanden und ihnen ist nichts hinzuzufügen. Die Beschwerdegegnerin hält zutreffend fest, dass höchstens das Adäquanzkriterium der langen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bejaht werden könnte, dieses jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Die Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 16. April 2016 und den über den Fallabschluss geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden und daher die Abweisung des Gesuchs um Rente und Integritätsentschädigung sind folgerichtig und korrekt.

8.

8.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. März 2017 abzuweisen.

8.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.