

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 95

Entscheid vom 14. Februar 2020

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1990) arbeitet seit dem 17. Februar 2014 in einem 100%-Pensum als Sachbearbeiterin beim Steueramt der Stadt D._____ und war dadurch bei der C._____ (nachfolgend C._____) gegen Unfallfolgen obligatorisch versichert. Am 11. Dezember 2018 wurde sie als Lenkerin des mittleren Autos in einen Auffahrunfall verwickelt, als das vorfahrende Fahrzeug bremste, worauf A._____ eine Vollbremsung einleitete und das nachfahrende Fahrzeug nicht rechtzeitig bremsen konnte und in sie hineinfuhr (vgl. Vi-act. G6 S. 2 f.). Gleichentags konsultierte A._____ Dr.med. E._____ (Facharzt Innere Medizin), welcher im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma als vorläufige Diagnose auf einer Skala von 0-IV Beschwerden des Grades II (Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen]) festhielt (Vi-act. M2). Im Arztzeugnis vom 19. Dezember 2018 zuhanden der C._____ diagnostizierte derselbe Arzt ein "HWS Schleudertrauma Grad II in Anlehnung an QTF-Klassifikation" (Vi-act. M1).

B. Die C._____ erbrachte für dieses Unfallereignis die gesetzlichen Leistungen. Am 16. September 2019 verfügte die C._____, dass sie nur für eine begrenzte Zeitspanne für die Kosten aufkommen könne. "Unsere Leistungspflicht endet per 12.09.2019." Einer allfälligen Einsprache wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (Vi-act. G15).

C. Gegen diese Verfügung liess A._____ am 16. Oktober 2019 Einsprache erheben. Beantragt wurde die dahingehende Verfügungsabänderung, dass betreffend das Ereignis vom 11. Dezember 2018 und den daraus resultierenden Beschwerden vollumfänglich über den 12. September 2019 hinaus die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere Taggelder und Heilungskosten, zu erbringen seien. Eventuell seien ergänzende Abklärungen anzuordnen (Vi-act. J1).

D. Mit Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2019 wies die C._____ die Einsprache vom 16. Oktober 2019 ab und bestätigte die Verfügung vom 16. September 2019. Einer allfälligen Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (Vi-act. J4).

E. A._____ lässt am 26. November 2019 fristgerecht beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der C._____ vom 30. Oktober 2019 sei dahingehend abzuändern, dass diese der Beschwerdeführerin betreffend

das Ereignis vom 11. Dezember 2018 und den daraus resultierenden Beschwerden vollumfänglich (über den 12. September 2019 hinaus) die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat, insbesondere Taggelder und Heilkosten.

2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der C._____ vom 30. Oktober 2019 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zuzusprechen.
4. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 4. Dezember 2019 lässt die Vorinstanz die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 26. November 2019 beantragen. Mit Replik vom 18. Dezember 2019 hält die Beschwerdeführerin an den Anträgen der Beschwerde vom 26. November 2019 fest. Mit Duplik vom 23. Dezember 2019 stellt die Vorinstanz keinen als solchen bezeichneten Antrag, ersucht indes im "Schlussfazit" um Beschwerdeabweisung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.2.1 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 alleini-

ge oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (*conditio sine qua non*); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (Urteil BGer 8C_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.2; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b m.w.H.). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (Urteil BGer 8C_813/2017 vom 6.6.2018 Erw. 3.3; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteil BGer 8C_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.3).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa), anzuwenden (Urteil BGer 8C_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.4; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch BGE 138 V 248 Erw. 4).

1.2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. statt vieler Urteil BGer 8C_169/2018 vom 31.8.2018 Erw. 2 m.w.H.). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (Urteil BGer 8C_781/2017 vom 21.9.2018 Erw. 5.1).

1.2.4 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob

unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_160/2012 vom 13.6.2012 Erw. 2; 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil BGer 8C_155/2012 vom 9.1.2013 Erw. 5.1 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9).

1.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 18 ff.)

1.4 Für das gesamte Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Bei sich widersprechenden medizinischen Berichten kommt einer inhaltlich einwandfreien Beweiswürdigung massgebliche Bedeutung zu. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 Erw. 3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c).

2.2 Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (Urteil BGer 8C_761/2017 vom 5.12.2017). Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_281/2018 vom 25.6.2018 Erw. 3.2.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil BGer 8C_321/2018 vom 27.11.2018 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteile BGer 8C_673/2018 vom 13.12.2018 Erw. 3.4; 8C_276/2018 vom 5.12.2018 Erw. 3.2.4; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer 9C_248/2017 vom 15.2.2018 Erw. 6.2.1 m.w.H.).

3. Mit Verfügung vom 16. September 2019 anerkannte die Vorinstanz ihre Leistungspflicht bis zum 12. September 2019. Dies bestätigte sie mit dem ange-

fochtenen Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2019. Vorab sei festzustellen, dass keine traumatisch bedingten Diskushernien vorlägen. Beim Auffahrunfall vom 11. Dezember 2018 sei ein HWS-Distorsionstrauma Grad II erlitten worden, welches innert neun Monaten abgeheilt sei. Selbst bei der Annahme, die von Dr.med F._____ vertretene Meinung einer vorübergehenden Verschlimmerung würde nicht zutreffen, dürfe die Frage nach der natürlichen Kausalität offenbleiben, da die Adäquanz nicht gegeben sei. Die leistungseinstellende Verfügung sei zu bestätigen. Demgegenüber beantragt die Versicherte die Erbringung der gesetzlichen Leistungen über den 12. September 2019 hinaus. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit die Leistungspflicht der Vorinstanz, soweit sie über den 12. September 2019 hinausgehen soll.

4. Bezüglich des Unfallereignisses vom 11. Dezember 2018 und des Gesundheitszustandes der Versicherten ergibt sich aus den im Recht liegenden Akten was folgt:

4.1.1 Am 11. Dezember 2018 fuhr die Versicherte mit dem Auto auf der Autobahn A3 in Richtung D._____. Der Unfallhergang auf Höhe Ausfahrt G._____ beschreibt die Versicherte auf dem Frageblatt zum Verkehrsunfall zuhanden der Vorinstanz vom 24. Dezember 2018 wie folgt (Vi-act. G4): "Auffahrunfall, Hr. H._____ fuhr in mich rein".

4.1.2 Dem anlässlich des Unfalls erstellten Polizeirapport der Kantonspolizei D._____ vom 26. Dezember 2018 lässt sich die folgende (sinngemäss) protokollierte Äusserung der Versicherten zum Unfallhergang entnehmen (Vi-act. G6 S. 2 f.):

Wir fahren auf der linken Spur (...). Der Verkehr rollte auf der linken Spur noch gut, auf allen anderen Spuren stockte der Verkehr. Das Fahrzeug vor mir machte eine Vollbremsung und ich ebenfalls. Während meiner Vollbremsung knallte es bereits und ein Pw fuhr mir ins Heck. (...).

Die Aussage des Lenkers, welcher mit seinem Auto in das Heck der Versicherten gefahren war, wurde wie folgt sinngemäss protokolliert (Vi-act. G6 S. 2):

Ich (...) fuhr auf der linken Spur der A3. Ich fuhr mit ca. 80 km/h. Auf der rechten Spur stand der Verkehr bereits still. Plötzlich bremsen die Fahrzeuge vor mir voll ab. Ich machte ebenfalls eine Vollbremsung, konnte den Aufprall mit dem Fahrzeug vor mir jedoch nicht mehr verhindern. (...). Das Fahrzeug vor mir stand bei dem Aufprall noch nicht ganz still. (...).

4.2 Am 11. Dezember 2018 (Unfalltag) konsultierte die Beschwerdeführerin Dr.med. E._____. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (siehe auch Ingress lit. A hiervor) hält der Arzt unter "Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf seit dem Unfallzeit-

punkt" Kopfschmerzen 1 Stunde nach dem Unfall (spontan erzählt) sowie Nackenschmerzen, ausstrahlend von der "HWS Richtung Kopf", 1 Stunde nach dem Unfall an (erfragt). Schwindel, Übelkeit, Erbrechen sowie Hör- und Sehstörungen seien von der Versicherten nicht beklagt worden. Weiter ist dem Dokumentationsbogen u.a. zu entnehmen, dass die angegurtete Versicherte eine Heckkollision gehabt habe, dass sie auf die Kollision nicht gefasst gewesen sei, dass die Kopfstellung gerade und die Körperhaltung aufrecht sitzend gewesen sei und dass der Airbag nicht ausgelöst habe. Ein Kopfanprall wird einerseits verneint, andererseits bejaht mit "ja, an Kopfstütze". Die Patientin habe nach dem Unfallereignis als Lenkerin mit dem Unfallauto weiterfahren und die geplanten Tätigkeiten verrichten können. Als behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall/Medikamente vor dem Unfall wird unter "Kopf (inkl. Migräne)" "Dafalgan ca. 1x im Monat" angegeben. Beim Untersuchungsbefund der HWS wurden Schmerzen bei der Flexion (Kinn-Sternum-Abstand 0 cm), Extension (Kinn-Sternum-Abstand 20 cm), Rechtsdrehung (40°), Linksdrehung (40°) sowie beidseitiger Seitneigung (15°) angegeben. Druckschmerz wurde am Nacken beidseitig bis zu den Schultern lokalisiert auf der Skizze eingezeichnet, ebenfalls auf Höhe ca. des rechten Schulterblatts (linksseitig). Ruheschmerzen wurden bejaht. Im Untersuchungszeitpunkt betrug der GSC-Score 15. Dr.med. E._____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 11. bis 13. Dezember 2018 (Vi-act. M2).

Nachdem keine bildgebenden Untersuchungen durchgeführt worden waren, diagnostizierte Dr.med. E._____ vorläufig "Nackenbeschwerden und muskuloskeletale Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen)" Grad II (Skala 0-IV) (Vi-act M2).

4.3 Im "Arztzeugnis UVG neuer Unfall" bzw. im dazu verfassten Begleitschreiben vom 19. Dezember 2018 hält Dr.med. E._____ u.a. fest (Vi-act. M1):

(...)

8. [Befunde] Seiddrehung links und rechts schmerzhaft bis 40 Grad möglich, Seitenneigung jeweils links und rechts 15 Grad, Kinn-Sternum-Abstand 0 in Flexion in Extension 20cm, alle diese Bewegungen endständig schmerzhaft. DD entlang Trapeziusoberrand und nuchale Muskulatur druckschmerzhaft aber auch Ruheschmerz. Neurologische keine Auffälligkeiten, GCS-Score 15, keine psych. Auffälligkeiten, keine äusseren Verletzungszeichen.
9. [Diagnose] HWS Schleudertrauma Grad II in Anlehnung an QTF-Klassifikation
10. [Kausalität; Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?] ja
11. [Therapie; a) Was haben Sie veranlasst?] Olfen Gel und Dafalgan 4x1

(...)

12. [Arbeitsunfähigkeit] 100 % 11.12.-13.12.2018

(...)

14. [Behandlungsschluss] Pat. bei mir in Behandlung in Abwesenheit ihres Hausarztes Dr. I. _____ (...).

4.4 Anlässlich des durchgeführten MRI der HWS und Röntgen HWS, je vom 22. März 2019, hielt Prof. Dr.med. J. _____ (K. _____ [Einrichtung und Ort]), im Bericht ebenfalls vom 22. März 2019 was folgt fest (Vi-act. M3):

Klinische Angaben

3 Monate nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsion persistierende Nacken/Kopfschmerzen. Ausstrahlung rechter Arm, Instabilitätsgefühl

Fragestellung

Instabilität Bereich HWS? Verletzung Bereich kleine Gelenke, Bänder, Disci?

Befund

MRI HWS:

Steilstellung der HWS. Regelrechte Konfiguration der Halswirbelkörper sowie der miterfassten Brustwirbelkörper Th1-Th4.

Auf Niveau C3/4 besteht eine rechtsbetonte Protrusion. Normale Darstellung der Foramenregion sowohl rechts als auch links.

Auf Niveau C4/5 besteht eine mediane Diskushernie, die tendenziell rechtsbetont ist. Das rechte Neuroforamen ist leicht entrundet. Das linke Neuroforamen ist frei.

Auf Niveau C5/6 besteht eine mediolateral rechtsseitige Diskushernie. Die Diskushernie erscheint nach kranial vorgewölbt Das rechtsseitige Neuroforamen ist etwas entrundet. Das linksseitige Neuroforamen kommt weitgehend regelrecht zur Darstellung.

Das Niveau C5/6 besteht eine normale Darstellung des Bandscheibenfaches. Normale Darstellung der Foramina.

Im Bereich C7/Th1 und auf Höhe Th1/2 bestehen flache Protrusionen.

Normale Signalgebung im Bereich des zervikalen Myelons bzw. des oberen Thorakalmark.

Funktionsaufnahmen der HWS:

Normales Alignment der HWS in Inklination und Reklination. Regelrechte Konfiguration der Halswirbelkörper sowie der Dornfortsätze.

Beurteilung

Es bestehen rechtsbetonte Diskushernien auf Niveau C4/5 und auf Niveau C5/6, wobei der Befund auf Niveau C5/6 etwas ausgeprägter ist. Beide Befunde sind rechtsseitig betont. Auf Niveau C5/6 schiebt sich das Bandscheibenmaterial auch etwas nach kranial. Auch ist das rechte Neuroforamen auf Niveau C5/6 etwas entrundet.

Kein Hinweis für das Vorliegen einer zervikalen Myelopathie oder einer thorakalen Myelopathie.

Nebenbefundlich Protrusion auf Niveau C3/4 sowie auf Niveau C7/Th1 und Th1/2.

Kein Hinweis für ein subligamentäres Hämatom

In den konventionellen Funktionsaufnahmen besteht kein Hinweis für eine Gefügestörung.

4.5 Im Bericht vom 31. Mai 2019 zur Sprechstunde vom 29. Mai 2019 (Vi-act. M4) hielt Dr.med. L. _____ (Oberarzt Orthopädie, Wirbelsäulenzentrum der M. _____ [nachfolgend: M. _____]) nach Neuzuweisung durch den Hausarzt anamnestisch fest, die als Sachbearbeiterin arbeitende 29-jährige Patientin berichte, dass sie seit einer HWS-Distorsion im Rahmen eines Autounfalls vor einem halben Jahr an starken Zervikalgien, einer schmerzhaften Pseudoradikulopathie mit unklarer, belastungsabhängiger Schwellung des gesamten rechten Armes und lageabhängigem Schwindel leide. NRS betrage aktuell in etwa 8. Blasen-/Mastdarmstörungen verneine die Patientin. Sodann ist dem Bericht zu entnehmen:

Diagnosen

Zervikalgie, schmerzhaftes Pseudoradikulopathie mit unklarer Schwellung gesamter Arm rechts und Schwindel

- Diskusprotrusion C4-6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6
- St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 11.12.2018

Befund

HWS:

Keine Ataxie. Schmerzbedingte Schonhaltung. Integument unauffällig. Diffuse Berührungsempfindlichkeit und Druckdolenzen paravertebral über dem Musculus trapezius rechts. Extension/Flexion 20-0-30°, Rotation rechts/links 30-0-40°, endgradig schmerzhaft. Nervenwurzelstress-Test mit diffuser Ausstrahlung in den gesamten rechten Arm. Alle Kennmuskeln M5. Sensibilität intakt. BSR und TSR +. Trömner negativ.

Zusätzliche Untersuchungen

Röntgen HWS ap/seitlich und MRI HWS vom 22.03.2019 (extern):

Diskusprotrusion C4-6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6.

Sodann wurde festgehalten, dass die Physiotherapie fortgesetzt und eine chiropraktische Behandlung eingeleitet würden. Zudem wurde um neurologische Objektivierung der Pseudoradikulopathie, um rheumatologische Abklärung der unklaren Schwellung des rechten Arms sowie Beurteilung in einer Schwindelsprechstunde gebeten.

4.6 Im Sprechstundenbericht vom 17. Juni 2019 (Vi-act. M5) diagnostizierten Dr. N. _____ (Supervisor Chiropraktische Medizin) und M. Chiro O. _____ (Unterassistent Chiropraktische Medizin; beide M. _____) eine Zervikalgie und schmerzhaftes Pseudoradikulopathie mit unklarer Schwellung des Arms rechts und Schwindel mit/bei segmentalen Gelenksdysfunktionen C1/2, C2/3, C6/7, Th3/4 sowie assoziierten myotendinotischen Veränderungen in den Mm. Rhomboideus, trapezius pars descendens und pectorialis major rechts; Dis-

kusprotrusion C4-6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6; St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 11.12.2018.

Die Patientin berichte, seit dem Unfall am 11. Dezember 2018 Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den rechten Arm sowie Schwindel zu leiden. Die rechtsbetonten Nackenschmerzen würden als stechend mit einer Intensität von 7-9/10 beschrieben. Die Ausstrahlung in den rechten Arm lokalisiere die Patientin dorso-medial und gehe bis Dig. 3-5. Der rechte Arm schwelle nach Belastung auf. Die Schmerzen beschreibe sie als Kribbeln mit einer Intensität von 7/10 auf der NRS. Exazerbation durch Sitzen und Bewegung der oberen Extremität. Amelioration durch Wärme. Der Schwindel trete vor allem bei HWS-Flexion auf und werde als nur wenige Sekunden anhaltender Drehschwindel beschrieben.

4.7 Im Bericht vom 15. Juli 2019 zur am selben Tag durchgeführten neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung hielten PD Dr.med. P. _____ (Leitender Arzt Paraplegie, Facharzt für Neurologie) und Dr.med. Q. _____ (Oberärztin Paraplegie, Fachärztin für Neurologie; beide M. _____) gleichentags folgende Diagnose fest (Vi-act. M7):

Nuchalgie und Brachialgie rechts bei St.n. Auffahrunfall mit HWS-Distorsion 12/2018

- Elektrophysiologisch: keine floride Radikulopathie C5, C6, TH1 rechts, keine afferente Leitungsstörung
- Diskusprotrusion mit minimaler Foramenstenose rechts C4-C6

Seit dem Autounfall im Dezember 2018 bestünden Nackenschmerzen in den Arm und auch in die rechte Schulter ausstrahlend, zudem Schmerzen im Bereich der rechten Hand isoliert im Bereich des Handballens und der Dig. IV-V. Ferner bestünden Kribbelparästhesien, welche vor dem Unfall noch nicht aufgetreten seien. Die Beschwerden seien mit einer gewissen Latenz zum Unfall her entstanden. Beim Blick nach unten würde zeitweise eine Schwindelsymptomatik auftreten, die die Patientin aktuell eher als unsystematischen Schwindel beschreibe.

Im Rahmen der durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine akute Radikulopathie in den Segmenten C5 und C6 rechtsseitig gezeigt. Ebenfalls sei keine Leitungsstörung objektivierbar im Bereich des medialen Faszikels sowie des N. ulnaris.

4.8 Dr.med. R. _____ (Oberarzt mbA, Wirbelsäulenchirurgie, M. _____) hielt im Bericht vom 22. Juli 2019 zur Sprechstunde vom 15. Juli 2019 (Vi-act. M6) dieselbe Diagnose fest, wie Dr.med. L. _____ (vgl. oben Erw. 4.5): Zervikalgie, schmerzhaftes Pseudoradikulopathie mit unklarer Schwellung gesamter Arm rechts und Schwindel mit/bei Diskusprotrusion C4-6 mit allenfalls minima-

ler Foramenstenose rechts C5/6 sowie St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 11.12.2018.

Die Patientin berichte, die Schmerzen seien im Verlauf des letzten halben Jahres eher progredient gewesen. Anlässlich der zusätzlichen, neurophysiologischen Untersuchung vom 15. Juli 2019 hätten sich keine Radikulopathien C5, C6 rechts und Th1 sowie keine Leitungsstörung des Nervus ulnaris rechts gezeigt.

Beurteilend und zum Prozedere hielt der Arzt namentlich fest, es bestehe bei der Patientin weiterhin eine ausgeprägte Zervikobrachialgie rechtsseitig "am ehesten im C8 Dermatome", wobei neurophysiologisch keine Radikulopathie habe gemessen werden können. Dr.med. R._____ empfahl sodann, ein abschliessendes Verlaufs-MRI der HWS durchzuführen. Sollte dieses weiterhin negativ sein, sei die Weiterbehandlung im Schmerzzentrum bei Dr. S._____ im T._____ empfohlen, wo ggf. alternativmedizinische und psychiatrische Ansätze angewendet würden.

4.9 Im Bericht vom 16. Juli 2019 von Dr.med. U._____ (Assistenzarzt) sowie PD Dr.med. V._____ (Oberarzt meV; beide Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, T._____ [Spital]) wurden folgende Diagnosen gestellt (Vi-act. M13):

Hauptdiagnose

1. Bewegungsabhängiger, sekundendauernder Schwindel (EM 12/2018)

- DD BPLS, DD posttraumatische vestibuläre Migräne im Rahmen von Diagnose 2

2. Zervikalgie, schmerzhafte Pseudoradikulopathie mit unklarer Schwellung gesamter Arm rechts und Schwindel

- Diskusprotrusion C4 - 6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6
- St. n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 11.12.2018

Die Patientin berichte, dass im Anschluss an den Auffahrunfall vom 11. Dezember 2018 bis dato Schmerzbeschwerden im HWS-Bereich sowie im Schulter-Arm-Bereich rechtsseitig bestanden hätten. Zudem berichte sie über ein seitdem bestehendes unspezifisches wankendes Schwindelgefühl, welches direkt nach dem Unfall konstant über mehrere Tage bestanden habe. Die Schwindelbeschwerden hätten sich zurückgebildet, jedoch bis dato nicht vollständig sistiert. Die Patientin arbeite viel am Computer und berichte, aktuell bei Kopfdreh- und -inklinationsbewegungen, wenn sie vom Monitor aufblicke, einen kurzzeitigen, wenige Sekunden dauernden Schwankschwindel zu verspüren. Des Weiteren bestünden keine Gleichgewichts- oder Schwindelbeschwerden oder Sehstörungen und auch keine weiteren Ohrsymptome.

Die neurootologische und neurologische Untersuchung sei unauffällig. In den Lagerungsprüfungen nach Dix Hallpike sei jeweils beim Aufsitzen aus allen Positionen ein unspezifisches Unwohlsein angegeben worden, jedoch seien keine Nystagmen objektivierbar gewesen. Das provozierte Schwindelgefühl entspreche nicht dem sekundendauernden Schwankschwindel, wie die Patientin ihn im Alltag verspüre.

4.10 Dr.med. W._____ (Teamleiterin Rehabilitation) und Dr.med. X._____ (Oberärztin i.V.; beide M._____) diagnostizierten im Sprechstundenbericht ebenfalls vom 16. Juli 2019 was folgt (Vi-act. M8):

Chronisches zervikozephalales und zervikosondylogenes Syndrom rechts

- St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 11.12.2018
- Klinik:
 - Vegetativer Begleitreaktion mit anamnestisch rezidivierender Schwellung der rechten Hand, sowie Schwindel
 - Segmentalen Gelenksdysfunktionen C1/2, C2/3, C6/7, Th3/4 sowie assoziierten myotendinotischen Veränderungen in den Mm. Rhomboideus, trapezius pars descendens und pectoralis major rechts.
- Bildgebung/Abklärungen:
 - Diskusprotrusion C4-6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6
 - Elektrophysiologisch: keine floride Radikulopathie C5, C6, TH1 rechts, keine afferente Leitungsstörung

Die Patientin habe berichtet, seit dem Auffahrunfall mit ca. 80km/h bei leicht rotiertem Hals an Schmerzen im Bereich des rechten Nackens bis zum Ellenbogen zu leiden. Initial habe sie starke Verspannungen gehabt und den Kopf kaum bewegen können. Seit April 2019 habe sie eine Schmerzausweitung bis in die komplette rechte Hand bemerkt. Wenn sie stärkere Schmerzen habe, komme es auch zu einer Schwellung der rechten Hand. Sie habe weder eine Verfärbung, einen Temperaturunterschied, eine Hypertrichose noch eine Hyperalgesie bemerkt.

Die Ärztinnen kamen zur Beurteilung, MR-tomographisch, neurologisch und neurophysiologisch zeigten sich keine Hinweise für eine akute Radikulopathie; ein florides CRPS liege sicher nicht vor; auch bestünden keine Hinweise für eine rheumatologisch entzündliche Grunderkrankung. Möglicherweise bestehe die intermittierend auftretende Schwellung im Rahmen einer vegetativen Begleitreaktion im Rahmen des Schmerzes oder einer schmerzbedingten Schonung der Extremität.

4.11 In seiner Fallbesprechung vom 12. September 2019 beantwortete der die C._____ beratende Dr.med. F._____ (FMH Innere Med. spez. Rheumatologie, D._____) die Frage, ob "die heutigen Beschwerden aufgrund der erhobenen medizinischen Befunde nicht mehr auf das Ereignis vom 11.12.2018

zurückzuführen" seien mit "überwiegend wahrscheinlich" mit der Begründung (Vi-act. M9):

Relevante degenerative Veränderungen an der HWS, die das chronifizierte Beschwerdebild erklären. Es handelte sich um eine vorübergehende, nicht richtunggebende Verschlimmerung, diese ist zum jetzigen Zeitpunkt abgeschlossen. Ich verweise auf den Bericht der M._____ vom 22.07.2019: Elektrophysiologisch unauffällig, Schmerzentwicklung unklar, Empfehlung zur Weiterleitung in die Schmerzsprechstunde respektive psychiatrische Abklärung.

Dementsprechend hielt dieser Arzt fest, dass der "Status quo ante zum jetzigen Zeitpunkt erreicht (9 Monate nach dem Ereignis)" sei.

4.12 Im Arztbericht vom 13. September 2019 zur Sprechstunde bzw. Verlaufskontrolle vom 2. September 2019 hielt Dr.med. R._____ anlässlich einer Verlaufskontrolle die Diagnose Zervikalgie, schmerzhafte Pseudoradikulopathie bei Diskusprotrusion C4-6 mit allenfalls minimaler Foramenstenose rechts C5/6 und St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall am 11.12.2018 fest (Vi-act. M11=M12). Die Patientin habe berichtet, das Risiko für die weitere chiropraktische Behandlung als zu hoch einzuschätzen und werde diese absagen. Sodann wurde in diesem Bericht festgehalten:

MRI HWS vom 02.09.2019: Keine klaren Nervenkompressionen sichtbar, Bandscheibenprotrusion C4/5 und C5/6 ohne Nervenkompression. Ansonsten sehr zurückhaltende Degeneration.

Aktuell bestehe sicherlich keine Indikation zu einer Operation, weshalb sie ihrerseits keine Massnahmen für eine Verbesserung anbieten könnten. Sie würden empfehlen, die Physiotherapie fortzuführen. Das Institut für Alternativmedizin im T._____ (Frau Dr. S._____) werde um Beurteilung und Weiterbehandlung der chronischen Schmerzen gebeten.

4.13 Der Hausarzt Dr.med. I._____ (Facharzt für Innere Medizin FMH), hielt in seinem Schreiben an die C._____ vom 15. September 2019 fest (Vi-act. M10), die Beschwerden nach dem Autounfall mit HWS-Distorsion vom 11. Dezember 2018 würden leider persistieren im Sinne starker Verspannung im Schulter-/Nackebereich mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Arm, Schmerzen und rezidivierend auftretenden Schwellungen im Bereich der rechten Hand, sowie Schwindel. Momentan werde die Patientin hauptsächlich vom Universitätsspital Balgrist neurologisch, rheumatologisch und vom T._____ bezüglich des Schwindels weiter abgeklärt und behandelt. Physiotherapie und Chiropraktik werde fortgesetzt.

4.14 Dr.med. Y._____ (Z._____ [Einrichtung] [Rheumatologie, Interventionelle Schmerztherapie, Manuelle Medizin, Osteoporose], AA._____ [Ort])

hielt in einem Bericht zuhanden der Versicherten als Befund fest (Vi-act. J1 [=Beilage 3 zur Einsprache vom 16.10.2019]): "MRI HWS und EMG cervical unauffällig". Er diagnostizierte:

1. posttraumatisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom
 - HWS MRI und EMG unauffällig der cervicalen Nerven.
 - Auffahrunfall am 11.12.2018, von hinten mit ca. 80km/h angefahren.
 - Ausstrahlungen in die rechte Hand vom Costotransversalgelenk Rippe 3 rechts ausgehend.
 - Handschmerzen schon fast verschwunden nach einmaliger manualmedizinischer Mobilisation Rippe 3 rechts.

Unter "Beurteilung und Procedere" hielt Dr.med. Y._____ ferner eine deutliche Besserung bis Schmerzfreiheit für mindestens 3 Tage nach bereits einmaliger Mobilisation der Rippe 3 und Rippe 10 rechts fest. Die Befunde seien allesamt klinisch nachvollziehbar. Die vom "Unfall Gutachter" empfohlene psychiatrische Abklärung sei somit nicht sinnvoll und gutachterlich tendenziös. Seiner Meinung nach lägen nur unfallkausale Beschwerden vor. Ein Status quo ante und sine sei noch nicht erreicht, da auch erst jetzt die BWS behandelt werde. Die Schmerzen seien immer schon dort gewesen. Abgeklärt worden sei jedoch nur die HWS. Die Patientin sei weiterhin unfallbedingt zu behandeln.

4.15 Nach dem ersten Arztbesuch am Unfalltag wurde der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den 11. bis 13. Dezember 2018 und später für den 14. sowie 17. bis 19. Dezember 2018 attestiert; für den 20. und 21. Dezember 2018 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit. Anschliessend waren Betriebsferien bis zum 2. Januar 2019. Vom 7. bis 13. Januar 2019 war die Beschwerdeführerin 50% arbeitsunfähig. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde für den 30. April 2019 ausgestellt, später für weitere Einzeltage zu 50% (nämlich für den 29.5., 17.6., 15.7. und 2.9.2019) resp. zu 30% (nämlich für den 16.7., 6.8., 10.9.2019) (vgl. Vi-act. T1 bis 25).

5.1.1 Die Versicherte rügt zunächst einen verfrühten Fallabschluss ohne interdisziplinäre Begutachtung. Es sei im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch eine namhafte Besserung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung zu erwarten gewesen. Sie stützt sich dabei auf die Beurteilung von Dr.med. Y._____. Es habe sich bei einmaliger Mobilisation der Rippe 3 und Rippe 10 rechts eine deutliche Besserung bis Schmerzfreiheit für mindestens 3 Tage gezeigt. Es liege nach wie vor eine posttraumatische Problematik vor. Bei dieser Behandlung sehe die Beschwerdeführerin endlich grössere Fortschritte. Eine nächste Behandlung sei für den 4. Dezember 2019 geplant (Beschwerde S. 6 f. Rz. 23).

5.1.2 Ferner bemängelt die Versicherte, dass die Vorinstanz keine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte angeordnet habe, was indes angezeigt gewesen sei angesichts der länger bestehenden Beschwerden ohne deutliche Besserungstendenz (Beschwerde S. 7 Rz. 24).

5.1.3 Sodann bringt die Versicherte vor, gestützt auf die überzeugende Stellungnahme von Dr.med. Y. _____ vom 15. Oktober 2019 sei die entsprechende Unfallkausalität ausgewiesen. Es würden nur unfallkausale Beschwerden vorliegen. Dieser Arzt habe klar darauf hingewiesen, dass die vom "Unfall-Gutachter" empfohlene psychiatrische Abklärung nicht sinnvoll und gutachterlich tendenziös sei. Dass Dr.med. R. _____ im Bericht vom 22. Juli 2019 "nicht mehr weiter wusste" und u.a. eine Weiterbehandlung im Schmerzzentrum im T. _____ in Betracht zog, erkläre sich gestützt auf Dr.med. Y. _____ damit, dass nur die HWS abgeklärt worden sei, nicht aber die BWS. Dr.med. R. _____ habe denn auch lediglich eine ausgeprägte Zervikobrachialgie rechtsseitig am ehesten im C8 Dermatome erwähnt, welche bei der Beschwerdeführerin weiterhin bestehe (Beschwerde S. 7 f. Rz. 26 f.).

Demgegenüber vermöge die Beurteilung des beratenden Arztes der Vorinstanz, Dr.med. F. _____, vom 12. September 2019 nicht zu überzeugen. Er erkläre kurz und bündig, es lägen relevante Veränderungen an der HWS vor, welche das chronifizierte Beschwerdebild erklären würden. Die Versicherte habe er nie selber gesehen. Er verweise lediglich auf den Bericht vom 22. Juli 2019, wo man gerade nur die HWS abgeklärt habe, nie aber die BWS, obwohl die Schmerzen schon immer dort gewesen seien. Die Beurteilung vom Dr.med. Y. _____ vermöge nicht nur mehr als geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung zu erwecken. Vielmehr sei gestützt darauf die Unfallkausalität ausgewiesen (Beschwerde S. 8 Rz. 29 ff.).

Angesichts dessen, dass die Vorinstanz zunächst Leistungen erbracht habe, sei sie für den Wegfall des kausalen Zusammenhangs beweispflichtig. Sie habe aber das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen nicht rechtsgenüglich nachgewiesen (Beschwerde S. 8 f. Rz. 32 f.).

5.1.4 Auch rügt die Versicherte, es verbiete sich vorliegend, den Auffahrunfall vom 11. Dezember 2018 als einfach gemäss der "Adäquanzformel HWS-Praxis" einzustufen. Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Fahrzeuge im Kolonnenverkehr die Geschwindigkeit reduziert hätten. Es habe gar kein Kolonnenverkehr geherrscht, weshalb das dahinterfahrende Fahrzeug mit hoher Geschwindigkeit auf den PW der Beschwerdeführerin aufgefahren sei (Beschwerde S. 9 f. Rz. 34 ff.). Der Unfall sei "zual-

lermindest als im engeren Sinn mittelschwer" zu qualifizieren. Da mehr als drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt seien, müsse die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens bejaht werden (Beschwerde S. 10 f. Rz. 38 ff.).

5.2.1 Vernehmlassend führt die Vorinstanz aus, der Fallabschluss sei nicht verfrüht erfolgt (Vernehmlassung S. 3 Ziff. 2 Überschrift; S. 4 lit. h). Die Beschwerdeführerin habe eine HWS-Distorsion des Grades II erlitten ohne Bewusstseinsstörung mit einem GCS von 15, ohne Kopfanprall und ohne Erbrechen. Nacken- und Kopfschmerzen seien zwar posttraumatisch aufgetreten, jedoch keine anderweitigen Gesundheitsbeeinträchtigungen i.S. des bunten typischen Beschwerdebildes bzw. einer Häufung von Beschwerden bei HWS-Distorsionen. Die Beschwerdeführerin sei entsprechend ab dem Unfalltag bis Mitte Januar 2019 ganz bzw. teilweise arbeitsunfähig gewesen. Erst nach 3-monatiger Latenzzeit, seit April 2019, sei eine Schmerzausweitung mit Ausstrahlung bis in die rechte Hand eingetreten, sodass sich per Ende April 2019 wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit eingestellt habe. Diese Schmerzausweitung stelle keine der allenfalls zu erwartenden typischen Beschwerden nach einer HWS-Distorsion dar. Nur ein Schwindel habe sich erheblich zeitlich verzögert eingestellt. Alle nachfolgenden umfangreichen Abklärungen inkl. Bildgebung hätten kein traumatisch objektivierbares organisches Korrelat für die beklagten Beschwerden erbracht. Weder der festgestellte Nackenhartspann in der Form einer Nuchalgie bzw. Brachialgie noch das posttraumatische Schmerzsyndrom in der Form einer Zervikalgie bzw. einer Pseudoradikulopathie noch das beschriebene chronische zervikozephal und zervikospondylogene Syndrom noch der Schwindel stellten an sich organisch objektivierbare Befunde dar. Diese Diagnosen liessen keine aussagekräftigen Rückschlüsse auf eine Unfallkausalität zu (Vernehmlassung S. 3 Ziff. 2 lit. b und c). Es handle sich auch nicht um ausnahmsweise traumatisch erlittene Bandscheibenvorfälle, da keine axiale bzw. senkrechte erhebliche Krafteinwirkung auf die HWS bzw. BWS eingewirkt habe (Vernehmlassung S. 3 Ziff. 2 lit. d).

Eine BWS-Problematik werde erstmals mit Bericht vom 15. Oktober 2019 des behandelnden Arztes geltend gemacht, wobei dieser von posttraumatischen Beschwerden ausgehe. Behandelnde Ärzte würden tendenziell zugunsten der Patienten aussagen und davon abgesehen bestehe in den Bereichen HWS und BWS ein Vorzustand. Eine Gesundheitsbeeinträchtigung der BWS sei weder in der initialen Aktenlage noch in den nachfolgenden Abklärungen erwähnt, ausser die festgestellten Protrusionen im Bereich C7/Th1 und auf Höhe Th1/2. Die erstmals rund 10 Monate nach dem Unfallereignis erwähnte BWS-Problematik könne nicht überzeugend als traumatisch bedingt bezeichnet werden. Auch Dr.med. Y._____ habe keine im Hinblick auf die BWS objektivierbaren organische

Korrelate befundet. Seine Meinung vermöge keine geringen Zweifel am Beweiswert der Beurteilung von Dr.med. F._____ erwecken (Vernehmlassung S. 3 f. lit. e).

Dr.med. F._____ habe sich auf die Meinung von Dr.med. R._____ bezogen und bei einer ausgewiesenen ausgeschöpften Therapierbarkeit und offensichtlich vorliegender somatoformer Beschwerdeproblematik bei Vorliegen eines relevanten Vorzustands einen erreichten Status quo ante per 12. September 2019 konstatiert, was angesichts der bereits im Juli 2019 beschriebenen Therapieresistenz nicht zu beanstanden sei. Die Beurteilung von Dr.med. F._____ eines nach 9 Monaten abgeheilten HWS-Distorsionstraumas Grad II korreliere sodann mit der geltenden Rechtsprechung. Angesichts des dokumentierten erheblichen Vorzustands an der HWS und BWS in Form von bestehenden Diskushernien und Protrusionen sei diese Auffassung auch hinsichtlich einer erlittenen vorübergehenden Verschlimmerung mit einem erreichten Status quo sine vel ante per 12. September 2019 logisch nachvollziehbar (Vernehmlassung S. 4 lit. f und g).

5.2.2 Die Beurteilung von Dr.med. F._____ aufgrund der Akten sei nicht zu bemängeln. Es liege im Ermessen des medizinischen Experten, eine solche Beurteilung oder eine Beurteilung aufgrund einer zusätzlichen persönlichen Exploration zu machen. Eine psychiatrische Begutachtung sei nicht angezeigt gewesen und aufgrund der eindeutigen Aktenlage und der bereits umfassenden medizinischen Abklärungen jedwelcher Fachrichtungen inkl. bildgebenden Verfahren habe die Vorinstanz in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere medizinische Abklärungen, namentlich auf eine interdisziplinäre Begutachtung, verzichtet (Vernehmlassung S. 4 f. Ziff. 3).

5.2.3 Selbst wenn die natürliche Kausalität über den 12. September 2019 hinaus andauern würde, wäre nach Darstellung der Vorinstanz die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis zu verneinen. Das nachfolgende Auto sei nicht ungebremst mit 80 km/h in das Fahrzeugheck der Beschwerdeführerin gefahren. Es habe sich um einen Auffahrunfall im Kolonnenverkehr gehandelt, sodass es sich rechtsprechungsgemäss um einen mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten handle. Die im Einspracheentscheid vertretene Meinung, es seien alle Kriterien der Schleudertrauma-Praxis zu verneinen, sei zu bestätigen (vgl. Vernehmlassung S. 5 ff. Ziff. 4 lit. a-g).

Auch in der Annahme, die psychischen Beschwerden wären mit der Zeit im Sinne einer selbständigen sekundären Gesundheitsschädigung vordergründig geworden und die Adäquanz nach der Psychopraxis zu beurteilen, wäre die Kausa-

lität zu verneinen, da auch diesbezüglich kein einziges praxisgemässes Kriterium erfüllt sei (Vernehmlassung S. 7 Ziff. 4 lit. h-j).

6. Bezüglich der Beweislastverteilung (vgl. Erw. 5.1.3 in fine hiervor) ist vorab festzuhalten, dass die Vorinstanz gemäss vorliegender Aktenlage Leistungen bis zum 12. September 2019 erbracht hat bzw. für Kosten aufgekommen ist (vgl. Vi-act. G15 S. 1 zweitletzter Abschnitt). Mit anderen Worten hat sie den Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden vom 11. Dezember 2018 bis zum 12. September 2019 anerkannt (Vi-act. G15 S. 1 zweitletzter sowie letzter Abschnitt). Folglich muss das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs zwischen den unfallbedingten Ursachen und dem Gesundheitsschaden von der Vorinstanz mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (vgl. Erw. 1.2.4 hiervor; VGE I 2018 101 vom 7.2.2019 Erw. 6), was unbestritten ist (vgl. namentlich angefocht. Einspracheentscheid S. 7 in fine).

7.1 Aus den vorstehend dargelegten medizinischen Akten (vgl. Erw. 4.1.3 ff.) ergeben sich keine Hinweise für eine organische objektiv ausgewiesene Grundlage für die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden. Die Versicherte bzw. deren HWS als auch Teile der (oberen, vgl. Vi-act. M3) BWS im Besonderen wurden umfassend und von verschiedenen Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen untersucht. Es wurden Röntgen- und MRI-Untersuchungen durchgeführt. Anlässlich der neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung konnte elektrophysiologisch eine floride Radikulopathie C5, C6, TH1 rechts sowie eine afferente Leitungsstörung ausgeschlossen, indes eine Diskusprotrusion mit minimaler Foramenstenose rechts C4-6 festgestellt bzw. bestätigt werden (vgl. Vi-act. M7). Auch aus der medizinischen Beurteilung des von Seiten der Versicherten beigezogenen Rheumatologen Dr.med. Y. _____ lassen sich keine Anhaltspunkte für organisch objektiv ausgewiesene Befunde als Ursache für die geltend gemachten Beschwerden entnehmen, zumal (auch) dieser Arzt das "MRI und EMG" als unauffällig beschreibt. Hieran ändert auch nichts, dass Dr.med. Y. _____ die Befunde allesamt als klinisch nachvollziehbar erachtet. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteile BGer 8C_123/2018 vom 18.9.2018 Erw. 4.1.1). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1). Die einzigen Befunde, welche in diesem Sinne objek-

tiviert werden konnten, waren Diskusprotrusionen C4/5 und C5/6 (vom Radiologen Prof. Dr.med. J. _____ als Diskushernien bezeichnet, vgl. Vi-act. M3) ohne (klare) Nervenkompressionen bzw. mit allenfalls minimaler Foramenstenose bei ansonsten sehr zurückhaltender Degeneration (vgl. Vi-act. M11) und nebenbefundlich Diskusprotrusionen C3/C4 sowie C7/Th1 und Th1/2. Diese Befunde vermögen weder die geltend gemachten Beschwerden in ihrem Ausmass und in ihrer Dauerhaftigkeit zu erklären, noch sind sie überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Vielmehr handelt es sich dabei um degenerative Veränderungen (Vi-act. M9, vgl. Vi-act. M11, vgl. auch Urteil BGer U 376/04 vom 28.6.2005 Erw. 3.1). Diskushernien und Diskusprotrusionen können nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung denn auch nur ausnahmsweise als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn der Unfall von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen (statt vieler: SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C_677/2007 Erw. 2.3; Urteil BGer 8C_735/2009 vom 2.11.2009 Erw. 5.1). Eine gesunde Bandscheibe ist derart widerstandsfähig, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde (Urteil BGer U 332/03 vom 3.1.2005 Erw. 2 m.H.a. [Prof. Dr.med.] Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl., Berlin 1993, S. 164 ff.). Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer (senkrechter) Belastung der Wirbelsäule herbeigeführt werden (Urteil BGer U 163/05 vom 3.10.2005 m.w.H, u.a. auf Mollowitz, a.a.O., S. 165; vgl. angefocht. Einspracheentscheid S. 3, 2. Absatz in fine; Vernehmlassung vom 4.12.2019 S. 3 Ziff. 2 lit. d).

7.2 Ein Unfall von besonderer Schwere, der geeignet wäre, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, liegt beim Auffahrunfall vom 11. Dezember 2018 klarerweise nicht vor. Welche massgebliche kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) das Fahrzeug der Beschwerdeführerin durch den Auffahrunfall erfuhr, kann anhand der vorliegenden Akten (vgl. namentlich Vi-act. G6 [Polizeirapport Erw. 4.1.2 hiervor]) nicht abschliessend beurteilt werden. Eine gutachterliche Beurteilung liegt nicht vor. Die Versicherte hielt sich auf einer mit einer Geschwindigkeitslimite von 80 km/h signalisierten geraden Autobahnstrecke auf, wobei der rapportierende Polizist von stockendem Kolonnenverkehr berichtet und die Unfallbeteiligten (Beschuldigter und die geschädigte Versicherte) von stockendem bzw. stillstehendem Verkehr auf der rechten Spur und von "noch gut rollendem Verkehr" auf der eigenen linken Spur berichten (vgl. Vi-act. G6 S. 2 f.; Erw. 4.1.2 hiervor). Die Versicherte leitete offenbar aufgrund einer Vollbremsung eines voranfahrenden Fahrzeugs ebenfalls eine Vollbremsung ein. Der Lenker des nachfolgenden Fahrzeugs erkannte dies offensichtlich zu spät und prallte, trotz ebenfalls eingeleiteter Vollbremsung, in das Heck des von der

Versicherten gelenkten Autos. Aus den übereinstimmenden Aussagen der Beteiligten geht hervor, dass das Fahrzeug der Versicherten beim Aufprall noch nicht stillstand, mithin sich noch in einer Vorwärtsbewegung befand. Dass das nachfolgende Fahrzeug beim Aufprall eine Geschwindigkeit von (annähernd) 80 km/h (vgl. Replik vom 18.12.2019 S. 3 unten) hatte, ist aufgrund der eingeleiteten Vollbremsung nicht überwiegend wahrscheinlich. Massgeblich ist indes viel mehr - wie erwähnt - die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Versicherten. Angesichts des Schadenbildes ist auch darauf hinzuweisen, dass von vornherein keine Rede von einem besonders schweren Unfall sein kann. In Anbetracht der Fotos im Polizeirapport erhellt eine relativ geringfügige Beschädigung am Heck des Fahrzeugs der Versicherten (Fotodokumentation S. 2 f. in Vi-act. G6). Der rapportierende Polizist umschreibt den Sachschaden mit "beschädigte Heckstange" (Vi-act. G6 S. 2); die Beschwerdeführerin konnte die Fahrt fortsetzen. Derweil erscheint die Beschädigung am auffahrenden Auto prima vista gravierender (Fotodokumentation S. 3 ff. in Vi-act. G6 [Kühlerhaube und Frontgrill eingedrückt, linke Frontschürze mit Scheinwerfer eingedrückt, Airbag Fahrer und Beifahrer ausgelöst, vgl. Vi-act. G6 S. 1), was in Gesamtbetrachtung indes nichts daran ändert, dass von einem nicht besonders schweren Unfall auszugehen ist und nicht allzu starke Kräfte gewirkt haben (vgl. Urteil SVG ZH UV.2007.00538 vom 16.11.2009 Erw. 4.3.3). Dieses Ergebnis widerspiegelt sich auch darin, dass abgesehen von der Versicherten weder beim nachfolgenden Fahrzeuglenker noch bei der Bei-/Mitfahrerin der Versicherten eine unfallbedingte Verletzung dokumentiert ist (vgl. Vi-act. G6 S. 1 oben und S. 3 f.). Es kann mithin nicht von einer aussergewöhnlichen massiven Gewalteinwirkung ausgegangen werden, zumal weitere organische Läsionen (an Bändern, Knochen usw.) – welche bei einer aussergewöhnlichen und massiven Gewalteinwirkung entstanden wären – nicht festgestellt werden konnten (VGE I 2015 76, I 2015 119 vom 13.1.2016 Erw. 3.3, bestätigt durch Urteil BGer 8C_154/2016 vom 7.6.2016).

8. Nachdem organische objektiv ausgewiesene Unfallfolgen nicht nachgewiesen sind, muss das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis nach den in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Adäquanzkriterien geprüft werden (Erw. 1.2.2). Dabei kann die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offen bleiben, wenn das Ergebnis ergibt, dass es am adäquaten Kausalzusammenhang fehlt (BGE 135 V 465 Erw. 5.1). Offen bleiben kann in diesem Sinne auch die Frage, ob der Gesundheitszustand der Versicherten neun Monate nach dem Unfallereignis dem status quo ante entspricht, wovon die Vorinstanz

gestützt auf ihren beratenden Arzt (Vernehmlassung vom 4.12.2019 S. 4 lit. f i.V.m. Vi-act. M9) ausgeht (VGE I 2015 76, I 2015 119 vom 13.1.2016 Erw. 4.1).

8.1.1 Die Beschwerdeführerin moniert, die Vorinstanz habe einen verfrühten Zeitpunkt für den Fallabschluss angenommen. Da die Adäquanzprüfung erst zum Zeitpunkt des Fallabschlusses vorgenommen werden kann (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, in: Murer/Stauffer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, Art. 19 S. 144), ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz den Fall zu früh abgeschlossen hat.

8.1.2 Die Vorinstanz hat die Adäquanzprüfung in erster Linie nach der Schleudertraumapraxis vorgenommen, wogegen die Beschwerdeführerin nicht opponiert. Die Prüfung der Adäquanz, d.h. der Fallabschluss, ist bei Anwendung der Schleudertraumapraxis dann vorzunehmen, wenn von der Fortsetzung der auf das typische Beschwerdebild bzw. der Beschwerden insgesamt gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war, während bei der Psychopraxis behandlungsbedürftige psychische Gesundheitsschäden kein Hindernis für den Fallabschluss sind (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., Art. 19 S. 144; Flückiger, BSK-UVG, Art. 19 N 22 f.; Urteil BGer 8C_303/2017 vom 5.9.2017 Erw. 6.1 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 134 V 109 Erw. 4.3 und 6.1).

Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (Art. 19 Abs. 1 UVG) 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 unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 Erw. 4.3 mit weiteren Hinweisen; Flückiger, Aktuelle Fragen zum Taggeld nach UVG, Adäquanzprüfung in der Taggeldphase, Arbeitsunfähigkeit bei Teilerwerbstätigkeit, JaSo 2013, S. 189). Anzuführen ist, dass der Fallabschluss nicht voraussetzt, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich sei (vgl. Urteil BGer 8C_492/2009 vom 21.12.2009 Erw. 7.2). Dies gilt so auch bei Beschwerden infolge eines Schleudertraumas (Urteil BGer 8C_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so ist der Fall in der Regel abzuschliessen, auch wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden kann (Ru-

mo-Jungo/Holzer, a.a.O., Art. 19 S. 144 m.H.a. Urteil BGer 8C_432/2009 vom 2.11.2009 Erw. 5.1; Urteil BGer 8C_154/2016 vom 7.6.2016 Erw. 4.2.2).

8.1.3 Den Akten lassen sich keine Hinweise entnehmen, dass die Versicherte zum von der Vorinstanz angenommenen Zeitpunkt des Fallabschlusses am 12. September 2019 nicht vollzeitlich in ihrer angestammten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen wäre (vgl. oben Erw. 4.15). Die ärztlich bescheinigten und auf jeweils einen Tag beschränkten Arbeitsunfähigkeiten korrespondieren - namentlich den September 2019 betreffend - mit denjenigen Tagen, an welchen die Versicherte einen Arzttermin bzw. eine Sprechstunde wahrzunehmen hatte (vgl. Vi-act. T23 - T25 insbesondere). Diese ärztlichen Behandlungen begründen indes keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch Vi-act. T15). Steht fest, dass die Beschwerdeführerin die volle Arbeitsfähigkeit spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung wiedererlangt hat, dann nahm die Vorinstanz per 12. September 2019 den Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG – wie erwähnt als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung – zu Recht an. Daran ändert auch die über den 12. September 2019 hinaus andauernden Behandlungen der von der Versicherten geklagten Beschwerden im T. _____ und bei Dr.med. Y. _____ (vgl. Replik S. 3 Ziff. 5) nichts, ändern diese an der bereits erlangten Arbeitsfähigkeit doch nichts.

8.2. Im Sinne einer Doppelbegründung hat die Vorinstanz sodann vernehmlassend die Adäquanz auch gemäss der Psychopraxis geprüft (vgl. Vernehmlassung vom 4.12.2019 S. 7 lit. h f.). Die Adäquanzkriterien werden bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. Erw. 8.1.2 hiervor). Ist die Adäquanz bei Anwendung der Schleudertraumapraxis zu verneinen, wäre sie aus dem dargelegten Grund auch nach der Psychopraxis nicht gegeben (zum Ganzen: Urteil BGer 8C_43/2010 vom 8.6.2010 Erw. 6 m.H.; VGE I 2015 76, I 2015 119 vom 13.1.2016 Erw. 4.1).

8.3.1 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Nach der bundesgerichtlichen Schleudertraumapraxis (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen) wird für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall 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.

Für die 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 dazwischen liegenden 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, welche unmittelbar mit dem Unfall in 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 mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 Erw. 10.1; BGE 117 V 359 Erw. 6; BGE 117 V 369 Erw. 4b und c).

8.3.2 Die Vorinstanz hat das vorliegend zu beurteilende Unfallereignis als Unfall im mittleren Bereich im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert, was – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, welche für einen Unfall im mittleren Bereich im engeren Sinne plädiert – nicht zu beanstanden ist (vgl. angefocht. Einspracheentscheid S. 8 lit. C; Vernehmlassung vom 4.12.2019 S. 6 lit. b; Beschwerde S. 10 Rz. 38; Replik vom 18.12.2019 S. 4 Rz. 10). Es handelt sich um einen Auffahrunfall auf der Autobahn bei signalisierter Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h, indes bei stockender Kolonne bzw. noch gut rollendem Verkehr (vgl. Vi-act. G6; Erw. 7.2 hiervor). An den beteiligten zwei Fahrzeugen entstand Blechschaden. Der Airbag wurde nicht ausgelöst. Die Beschwerdeführerin hat den Kopf nicht bzw. an der Kopfstütze angeschlagen. Der in das Heck fahrende Fahrzeuglenker sowie die Bei-/Mitfahrerin der Beschwerdeführerin wurden nicht verletzt. Die Beschwerdeführerin konnte mit ihrem Unfallfahrzeug die Fahrt selbständig wieder fortsetzen und die geplanten Tätigkeiten verrichten. Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil BGer 8C_58/2017 vom 9.6.2017 Erw. 6.1; SVR 2017 UV Nr. 16 S. 53, 8C 425/2016 Erw. 4.3.3; Urteil BGer 8C674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 5.3; 8C_43/2010 vom 8.6.2010 Erw. 8 m.H.). Als mittelschwere Unfälle im engeren Sinn hat das Bundesgericht demgegenüber Verkehrsunfälle schwereren Ausmasses wie Frontalkollisionen sowie sich überschlagende Autos qualifiziert (vgl. Beispiele in Urteil BGer 8C_212/2019 vom 21.8.2019 Erw. 4.2.2). Der vorliegende Unfall erreicht diese Schwere nicht.

Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 359 Erw. 6b S. 367 f.; bestätigt in BGE 134 V 109 Erw. 10.1). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bedarf es für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen des Nachweises von mindestens vier Kriterien (Urteil BGer 8C_421/2009 vom 2.10.2009 Erw. 5.8 m.H.).

8.3.3 Der Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien umfasst gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung folgende Punkte (BGE 134 V 109 Erw. 10.3):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

8.3.4 Im vorliegenden Fall ist das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles nicht erfüllt. Die Auffahrkollision erfolgte im Rahmen einer recht alltäglichen Verkehrssituation ohne besondere Begleitumstände (vgl. Urteil BGer 8C_398/2012 vom 6.11.2012 Erw. 6.1). Auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist nicht erfüllt. Die Diagnose einer HWS-Distorsion, zumal im Grad II, genügt für sich allein nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2). Der bestehende Schwindel als einziges Element des typischen Beschwerdebildes liegt nicht im Sinne einer besonderen Schwere vor (vgl. BGE 134 V 106 Erw. 6.2.1 i.V.m. Erw. 10.2.2), zumal sich dieser - wenn auch nicht vollständig - zurückgebildet hat (Vi-act. M13, unten; vgl. oben Erw. 4.9). Weitere relevante erhebliche Verletzungen hat die Beschwerdeführerin nicht erlitten.

8.3.5 Auch eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich. Aus den medizinischen Berichten geht hervor, dass die behandelnden Ärzte stets eine Anamnese erhoben, die Beschwerdeführerin klinisch untersuchten und einen Befund erhoben. Mithin stützten sie sich insbesondere auf die Angaben der Beschwerdeführerin. In die Behandlung einbezogen wurden neben dem Hausarzt u.a. Fachärzte der Radiologie, Orthopädie, Neurochirurgie, Neurologie

und Rheumatologie sowie Chiropraktoren. BWS-Beschwerden wurden nicht genannt und die klinischen Untersuchungen zeigten auch keine entsprechenden Beschwerden. Zudem wurde zumindest die oberste BWS auch bildgebend untersucht, ohne entsprechende Befunde. Die Beschwerdeführerin zeigt denn auch nicht auf, aufgrund welcher Angaben allfällige BWS-Beschwerden vertieft hätten untersucht werden müssen. Selbst wenn von einer ärztlichen Fehlbehandlung auszugehen wäre, so wäre auch diesfalls nicht ersichtlich, inwiefern sich die Unfallfolgen - als zusätzlich notwendiges Kriterium - erheblich verschlimmert hätten. Dies wird denn von der Beschwerdeführerin auch nicht, jedenfalls nicht substantiiert, geltend gemacht (vgl. Beschwerde S. 11 oben; Replik S. 4 unten).

8.3.6 Zur Bejahung des Kriteriums der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist erforderlich, dass nach dem Unfall fortgesetzt eine spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Das Kriterium ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (Urteile BGer 8C_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 5.3.2; 8C_970/2008 vom 30.4.2009 Erw. 5.4). Manualtherapeutische Behandlungen wie Physiotherapie, Kraniosakraltherapie, Atlaslogie usw. stellen keine spezifische ärztliche Behandlung im Sinne des Kriteriums dar (Urteil BGer 8C_724/2008 vom 18.12.2008 Erw. 4.2.2). Vorliegend hat die Versicherte am Unfalltag aufgrund der Abwesenheit ihres Hausarztes Dr.med. E._____ aufgesucht, welcher die Versicherte untersuchte und Olfen Gel sowie Dafalgan (4x1) anordnete. In der Folge - rund 3 ½ Monate später - wurde aufgrund persistierender Beschwerden bzw. Schmerzausweitung in den rechten Arm ein MRI sowie ein Röntgen der HWS durchgeführt. Alsdann wurde die Patientin dem Wirbelsäulenzentrum der M._____ zugewiesen. Dort wurde die Patientin namentlich rheumatologisch behandelt, die Physiotherapie wurde fortgesetzt, eine chiropraktische Behandlung eingeleitet sowie eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung durchgeführt. Die chiropraktische Behandlung beendete die Versicherte in der Folge offenbar, da sie das Risiko als zu hoch eingeschätzt hatte (vgl. aber das Schreiben des Hausarztes, Vi-act. M10, wonach die Chiropraktik fortgesetzt werde). Im Juli 2019 wurde ein zweites bzw. abschliessendes Verlaufs-MRI angeordnet (Durchführung anfangs September) und die Versicherte später ins Schmerzzentrum im T._____ überwiesen. Eine Operationsindikation bestand nicht. Im Schmerzzentrum wurde die damalige Magnesiummedikation erhöht und mit Riboflavin ergänzt. Eine Gesamtwürdigung des Gesagten zeitigt, dass das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung gemäss bundesgerichtlicher Praxis nicht erfüllt ist; namentlich die

manualthérapeutischen Behandlungen erfüllen dieses Kriterium von vornherein nicht. Selbst wenn von einer mindestens teilweise belastenden Behandlung auszugehen wäre, so ist hinzuweisen, dass die Versicherte selber von einer "gewissen Belastung" spricht (vgl. Replik S. 4 Rz. 12 in fine), damit das Ausmass der Belastung relativiert und implizit selber darlegt, dass von einer erheblichen Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur nicht gesprochen werden kann (vgl. Urteil BGer 8C_209/2008 vom 2.12.2008 Erw. 5.4). Zu erwähnen ist, dass eine Behandlungsbedürftigkeit (in Form medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich ist (Urteil BGer 8C_402/2007 vom 23.4.2008 Erw. 5.2.3). Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist damit nicht erfüllt, jedenfalls aber nicht in besonders ausgeprägter Weise.

8.3.7 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil BGer 8C_402/2007 vom 23.4.2008 Erw. 5.2.5). Die Beschwerdeführerin leidet gemäss ihren Angaben an dauernden Kopf- und Nackenschmerzen. Im Verlauf weiteten sich die persistierenden bzw. gar progredienten Schmerzen in den rechten Arm aus. Im Mai nannte die Beschwerdeführerin eine Schmerzstärke von 8 NRS (Vi-act. M4), im Juni von 7 (Vi-act. M5). Bei stärkeren Schmerzen sei es zu einer Schwellung der rechten Hand gekommen. Aktenkundig ist sodann ein Schwindel bzw. Instabilitätsgefühl; es handle sich um einen Sekundenschwindel, der namentlich auftrete, wenn der Kopf während der Monitorarbeiten bewegt werden müsse (vgl. Vi-act. M13). Ob die doch einschränkenden Beschwerden damit die Erheblichkeitsschwelle überschreiten, kann offen bleiben. Sie übersteigen insgesamt das bei HWS-Distorsionen übliche Mass nicht derart, dass das Merkmal als besonders ausgeprägt zu qualifizieren wäre. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht (was im Übrigen für alle Kriterien gilt, welche sie als erfüllt erachtet). Wenngleich die Schmerzen bzw. Beeinträchtigungen (namentlich der Schwindel) das Leben der Versicherten negativ zu beeinflussen vermögen, erlauben sie namentlich nach wie vor, (im bisherigen Beruf) in einem Vollpensum zu arbeiten (vgl. Beschwerde S. 11 Rz. 39).

8.3.8 Bezüglich des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Nicht darunter zu zählen sind etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien. Ebenso wenig vermag die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine

(vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte, das Kriterium zu erfüllen (Urteile BGer 8C_791/2014 vom 1.4.2015 Erw. 4.2.5 m.H. auf 8C_786/2011 vom 3.1.2012 Erw. 3.2 und 8C_870/2008 vom 24.3.2009 Erw. 5.2.3). Dieses Kriterium ist vorliegend nicht erfüllt. Denn aus der ärztlichen Behandlung und den Beschwerden darf nicht bereits auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil BGer 8C_209/2008 vom 2.12.2008 Erw. 5.6). Solche Gründe sind nicht gegeben. Hieran ändert das Vorbringen, dass die Patientin "von einem Ort zum andern geschickt" worden sei (vgl. Beschwerde S. 11 Rz. 39 und Replik S. 4 Rz. 14), nichts, zumal die Patientin im Wesentlichen in D._____ in der M._____ und im T._____ in Behandlung stand und die verschiedenen Konsultationen bei verschiedenen Ärzten nicht zuletzt mit den unklaren, nicht objektivierbaren Beschwerden und deren Abklärung im Zusammenhang stand. Zu den geforderten erheblichen Komplikationen führt die Beschwerdeführerin zu Recht keine Argumente ins Feld, welche zu ihren Gunsten sprechen würden.

8.3.9 Beim Kriterium der Arbeitsunfähigkeit ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumata der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint (vgl. Urteil BGer 8C_635/2013 vom 9.4.2014 Erw. 4.4.3). Das Bundesgericht hat deshalb in BGE 134 V 109 (Erw. 10.2.7) präzisiert, nicht mehr die Dauer der Arbeitsunfähigkeit solle massgebend sein, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternahme. Darin liege der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingen es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, sei ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret müsse ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Derartige Anstrengungen der versicherten Person könnten sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei sei auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann könnten Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig sei und solche Anstrengungen auszuweisen vermöge, könne das Kriterium erfüllen. Angesichts der dokumentierten und ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten verschiedenen Grades (vgl. die Dokumentaion in Vi-act. T, oben Erw. 4.19) kann

das Kriterium von vornherein nicht als erfüllt betrachtet werden, zumal die Patientin abgesehen von einigen Tagen im Dezember 2018 und Januar 2019 sowie einem Tag im April als arbeitsfähig eingestuft worden war, sich die attestierten Arbeitsunfähigkeiten jeweils auf Einzeltage beschränkten und diese Tage - wie bereits erwähnt - mit ärztlichen Behandlungsterminen bzw. Sprechstunden/Verlaufskontrollen korrespondieren (sodass insoweit zumindest fraglich erscheint, ob die Versicherte tatsächlich jeweils im eigentlichen Sinne arbeitsunfähig gewesen war). Bereits erwähnt wurde, dass die Versicherte im Zeitpunkt des Fallabschlusses zu 100% arbeitsfähig und auch arbeitstätig war.

8.3.10 Zusammenfassend ist festzustellen, dass von den sieben relevanten Kriterien bei grosszügiger Würdigung höchstens zwei erfüllt sind, keines davon jedoch in ausgeprägter Weise. Zur Bejahung der Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden genügt dies bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen nicht. Dies gilt auch für den beschwerdeführerisch angenommenen mittelschweren Unfall im engeren Sinne. Offen kann dabei bleiben, ob der natürliche Kausalzusammenhang gegeben, bzw. ob und wann der Status quo sine vel ante eingetreten war, weshalb von den beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. diesbezüglich auch nachfolgend Erw. 8.4) abzusehen ist (vgl. Urteil BGer 8C_571/2015 vom 14.10.2015 Erw. 4.3) und auf die diesbezügliche Beurteilung des die Vorinstanz beratenden Arztes nicht weiter einzugehen ist.

8.4 Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. An diesem Ergebnis vermögen die übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Namentlich als unbehelflich erweist sich der sinn-gemässe Einwand, die Vorinstanz habe es versäumt, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Auf ein solches Gutachten durfte die Vorinstanz in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung verzichten (vgl. Vernehmlassung S. 4 f. Ziff. 3, lit. f. insbesondere), zumal dieses Gutachten Grundlage für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs bildet (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, Erw. 9.4 insbesondere), welche vorliegend gerade - aufgrund der wie aufgezeigt zu verneinenden Adäquanz - offen gelassen werden konnte bzw. kann (vgl. Replik S. 4 oben). Hinzuweisen ist, dass die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Abklärung offensichtlich als nicht sinnvoll erachtet (vgl. Beschwerde S. 7 Rz. 27). Im Übrigen ergeben die Akten ein umfassendes Bild, zumal die Versicherte, wie die Vorinstanz zu Recht hinweist, von Ärzten verschiedener Disziplinen untersucht worden war.

9.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

9.2 Die obsiegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG; Kieser; ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Art. 61 Rz 199).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A)

Schwyz, 14. Februar 2020

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die

sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 3. März 2020