Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Februar 2013 (725 12 271 / 29)

Unfallversicherung

Verfrühte Leistungseinstellung durch den Unfallversicherer mangels Nachweis des erreichten gesundheitlichen Endzustandes

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Martina Freivogel
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel gegen **Basler Versicherung AG**, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal
Betreff	Leistungen

A. Die 1955 geborene A.____ arbeitete seit 2004 zu 90 % als B.____ bei der Bildungs-, Kultur- und Sportdirektion des Kantons Basel-Landschaft. Durch ihre Arbeitgeberin war sie bei der Basler Versicherung AG (Basler) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 24. August 2011 erlitt A.____ einen Auffahrunfall. Nach dem Unfallereignis verspürte sie Kopfschmerzen sowie ein Kribbeln in den Fingern und Händen beidseits, weshalb sie sich in die Notfallstation des Spitals C.____ begab. Im gleichentags

erstellten Arztbericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals C.____ wurde eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Grad II diagnostiziert. Am 26. August 2011 stellte die behandelnde Ärztin Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, ebenfalls eine HWS-Distorsion Grad II fest und schrieb A.____ zu 100 % arbeitsunfähig. Gleichzeitig verordnete sie als Therapie Akupunktur, Entspannungstechniken sowie Schmerzmittel ("Arztzeugnis UVG" vom 26. August 2011). Nachdem die Basler der Versicherten nach Eingang der Unfallmeldung die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Unfalls ausgerichtet hatte, stellte sie mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 sämtliche Leistungen rückwirkend per 30. September 2011 ein. Als Begründung wurde angegeben, es bestehe zwischen den anhaltenden Beschwerden von A.____ und dem Unfallereignis vom 24. August 2011 kein adäquater Kausalzusammenhang. Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten wies die Basler mit Entscheid vom 16. August 2012 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Dominik Zehntner namens und im Auftrag von A.____ am 7. September 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlich vorgesehenen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Als Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, die Vorinstanz habe den Fall zu früh abgeschlossen. Sie sei ohne eingehende ärztliche Abklärung vom erreichten Endzustand ausgegangen. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich indes Anfang 2012 weiterhin gebessert. Seit August 2012 sei sie wieder im selben Umfang tätig wie vor dem Unfallereignis. Die Basler habe daher die gesetzlichen Leistungen auch für die Zeit nach dem 30. September 2011 bis zum Erreichen des Endzustandes zu erbringen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2012 beantragte die Vorinstanz, vertreten durch Rechtsanwalt Manfred Bayerdörfer, die Abweisung der Beschwerde mit der Begründung, der Fallabschluss sei korrekterweise per 30. September 2011 erfolgt.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 sind die Bestimmungen des ATSG auf die Unfallversicherung anwendbar. So sehen Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 ATSG vor, dass gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden kann. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Dieser befindet sich vorliegend in E.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden

Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 7. September 2012 ist demnach einzutreten.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherungsleistungen der Beschwerdeführerin in ihrer Verfügung vom 16. Dezember 2011, bestätigt durch den angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. August 2012, rückwirkend per 30. September 2011 eingestellt. Streitig und zu prüfen ist, ob diese Leistungseinstellung zu Recht erfolgt ist oder ob die Versicherte über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG statuiert der versicherten Person den Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Dieser Rentenanspruch entsteht, sobald von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (sog. Endzustand). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat. Mit anderen Worten reicht es aus, falls das Ereignis nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwi-

schen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Bei einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Regel dann zu bejahen, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und innert der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden seit dem Unfall (RKUV 2000 Nr. U 359, S. 29 E. 5e) die für diese Verletzung typische Beschwerdesymptomatik zumindest teilweise aufgetreten ist (BGE 117 V 382 E. 4a und E. 4b [Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Lärmempfindlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, usw.]). Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der HWS, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS, Distorsionstrauma der HWS mit Kopfanprall, vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) oder einem Schädel-Hirn-Trauma (BGE 117 V 382 E. 4a) beruhen.

3.4 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

3.5 Im Entscheid 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht einlässlich mit der Thematik befasst, in welchem *Zeitpunkt* der Unfallversicherer die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vornehmen könne. Dabei hat es deutlich gemacht, dass nicht danach zu fragen sei, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden dürfe, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht weiter, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Was unter

einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen sei, umschreibe das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei (vgl. etwa Art. 1*a* und Art. 4 UVG), bestimme sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" durch den Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügten nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen). In Bezug auf Schleudertraumen der HWS resp. äquivalente Verletzungen mit einem ähnlichen Beschwerdebild hat das Bundesgericht wiederholt festgehalten, dass die Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach dem Unfall durchaus üblich sei (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Oktober 2012, 8C_269/2012, E. 6.4.8 mit zahlreichen Hinweisen).

3.6 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt bzw. wenn Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. 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 blosse 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 bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2012, 8C.956/2011, E. 4.1 mit mehreren Hinweisen).

3.7 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu einem Unfallereignis steht oder ob ein Endzustand erreicht ist und der Versicherungsfall im vorgenannten Sinne abgeschlossen werden darf - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) wie alle anderen Beweismittel frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel - unabhängig von wem sie stammen - objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswertes im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung sind allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht zu vergessen. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie von vornherein als unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 14. April 2011, 725 08 358, E. 2.3.2).

4. Folgende medizinischen Unterlagen liegen dem Gericht für die Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor:

4.1 Als erstes war die Beschwerdeführerin eine Dreiviertelstunde nach dem Unfall im Spital C.____ von Oberarzt Dr. med. F.____, FMH Allgemeinmedizin, Klinische Notfallmedizin SGNOR, untersucht worden. Dieser hielt im bereits erwähnten Arztbericht der Interdisziplinären Notfallstation sowie im “Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervialem Beschleunigungstrauma“ fest, dass die Beschwerdeführerin beim Auffahrunfall den Kopf an der Kopfstütze angestossen und dabei eine HWS-Distorsion Grad II erlitten habe. Beim Röntgen der Halswirbelsäule hätten keine Anhaltspunkte für eine Fraktur bestanden. Es könne weder Bewusstlosigkeit noch Übelkeit, Erbrechen oder Amnesie verzeichnet werden. Hingegen habe die Patientin sofort nach dem Unfall über Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen geklagt. Ausserdem seien Parästhesien im Sinne eines Kribbelns in den Fingern und Händen beidseits aufgetreten. Zur Arbeitsfähigkeit machte F.____ keine Angaben.

4.2. Zwei Tage später diagnostizierte D.____ bei der Beschwerdeführerin ebenfalls eine HWS-Distorsion Grad II (vgl. bereits erwähntes “Arztzeugnis UVG“ vom 26. August 2011). Die Patientin leide weiterhin an erheblichen Kopfschmerzen, Nackenbeschwerden sowie Verspannungen. Zudem bestünden Kribbelparästhesien bis in die Finger. Als Therapie verordnete D.____ Akupunktur, Entspannungstechniken und Schmerzmittel. Zudem schrieb sie die Beschwerdeführerin vom 26. August 2011 bis mindestens Ende September 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Als voraussichtliche Behandlungsdauer gab die Hausärztin zwölf Wochen an.

4.3 Mit ärztlichem Zeugnis vom 23. September 2011 attestierte D.____ der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 26. September 2011 bis am 23. Oktober 2011 erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.4 Am 3. Oktober 2011 suchte die Versicherte aufgrund von starken Beschwerden die Klinik G.____ auf. Dort wurde sie von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, noch gleichentags untersucht. Zwei Tage später fand eine weitere Konsultation statt. Im Zusammenhang mit der ersten Konsultation hielt H.____ schriftlich fest, die Beschwerdeführerin habe die Nacht zuvor sehr heftige Schmerzen frontal hinter den Augen mit Druck auf den Kopf verspürt. Seit dem Unfall leide sie an Dauertinnitus in beiden Ohren. Infolge der hausärztlichen Behandlung werde eine Akupunktur vorgenommen, wobei jeweils für kurze Zeit eine Besserung eintrete. Es liege keine Arbeitsunfähigkeit als Kindergärtnerin vor. Bei raschem Gehen bestünden Belastungskopfschmerzen, weshalb häufiges Liegen notwendig sei. Unter der Rubrik “Beurteilung“ diagnostizierte H.____ Cephalea (Kopfschmerzen), Tinnitus bei St.n. sowie ein HWS-Distorsionstrauma; zur Arbeitsfähigkeit wurde an dieser Stelle des Arztberichtes keine Angabe gemacht. Der Neurologe verordnete der Versicherten Schmerzmittel und meldete sie für ein MRI Neurokranium am 5. Oktober 2011 sowie ein MRI Halswirbelsäule am 7. Oktober 2011 an. Anlässlich der zweiten Konsultation stellte H.____ fest, die Patientin berichte über eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes. Durch die verordneten Schmerzmittel habe sie eine gute Nachtruhe.

4.5 Die beiden durch H.____ angeordneten MRI wurden vom Chefarzt des Spitals G.____, Dr. med. I.____, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, vorgenommen. Dieser konnte beim MRI des Schädels vom 5. Oktober 2011 keine hirnorganische Ursache für die Kopfschmerzen der Versicherten feststellen. Was das MRI der Halswirbelsäule vom 7. Oktober 2011 betrifft, hielt Dr. I.____ fest, es deute nichts auf eine posttraumatische Veränderung an den knöchernen Strukturen und Weichteilen hin.

4.6 In ihrem Arztbericht vom 30. Oktober 2011 zuhanden der Basler diagnostizierte D.____ erneut eine HWS-Distorsion im Sinne eines Schleudertraumas, diesmal Grad II bis III. Trotz Schmerzmitteleinnahme leide die Patientin unter starken Kopfschmerzen, Nackenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen. Bis zum Beurteilungszeitpunkt habe keine befriedigende Schmerzreduktion erreicht werden können. Der Verlauf sei anfangs günstig erschienen und die Beschwerdeführerin habe sich auf eine Wiederaufnahme der Arbeit eingestellt. Bereits bei kleinen Belastungen im Alltag habe sie jedoch vermehrt Kopfschmerzen verspürt und eine Zunahme der Konzentrationsstörungen bemerkt. Bis zum 30. November 2011 betrage die Arbeitsunfähigkeit daher weiterhin 100 %. Die Akupunkturbehandlung mit Lasertherapie werde fortgeführt. Ausserdem sei eine gezielte Physiotherapie geplant. Die Versicherte sei motiviert und verantwortungsbewusst. Hinsichtlich der Arbeitsaufnahme habe sie gebremst werden müssen, da eine Zunahme der Belastung unter fortdauernden Schmerzen kontraproduktiv wäre. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei gut; wann der Endzustand eintrete, könne noch nicht beurteilt werden.

5. Vorab stellt sich die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden der Versicherten besteht. Gestützt auf die vorstehenden medizinischen Unterlagen ist festzustellen, dass innert 24 Stunden seit der Kollision ein Distorsionstrauma der HWS mit - zumindest teilweise - typischer Beschwerdensymptomatik (Kopf- und Nackenschmerzen)

diagnostiziert worden ist. Dieselben Beschwerden haben im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2011 noch immer bestanden. Damit kann die natürliche Kausalität bejaht werden, was im Übrigen von den Parteien auch nicht bestritten wird.

6.1 Nach der natürlichen ist in der Regel die adäquate Kausalität zu prüfen. Im vorliegenden Fall ist jedoch strittig, ob die Vorinstanz eine Adäquanzprüfung überhaupt hat vornehmen dürfen bzw. ob sie zu Recht den Endzustand per 30. September 2011 festgelegt hat.

6.2.1 Die Beschwerdegegnerin macht in ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2012 sinngemäss geltend, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Oktober 2011 wieder vollumfänglich arbeitsfähig. Weder F.____ als erstbehandelnder Oberarzt des Spitals C.____ noch der Neurologe H.____ seien zum Schluss gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die erhobenen Befunde beeinträchtigt sei. Einzig die Hausärztin habe der Versicherten eine vorerst bis Ende September 2011 befristete und später verlängerte vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wobei hausärztliche Einschätzungen mit einer gewissen Zurückhaltung zu gewichten seien. Entgegenkommenderweise sei sie zunächst dennoch der Beurteilung der behandelnden Ärztin gefolgt, führt die Basler im Weiteren aus, und habe bis zum 30. September 2011 Taggelder auf der Basis einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezahlt. Ein unfallanalytisches Kurzgutachten habe später allerdings deutlich gemacht, dass die fragliche Auffahrkollision als sehr leicht einzustufen sei. Dies habe den Ausschlag gegeben, eine über September 2011 hinaus andauernde Arbeitsunfähigkeit zu verneinen.

6.2.2 Zur Argumentation der Beschwerdegegnerin ist Folgendes festzuhalten: Das unfallanalytische Kurzgutachten vom 16. November 2011 ist für die vorliegende Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. dessen Verbesserungspotential nicht relevant. Solange der Endzustand nicht feststeht, spielt die Schwere des Unfallereignisses keine Rolle. Erst bei der Adäquanzprüfung könnte das besagte Gutachten allenfalls beigezogen werden. Was die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten betrifft, hat die Vorinstanz im Einspracheentscheid vom 16. August 2012 selbst festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem 30. September 2011 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (vgl. Ziff. 6 Abs. 3 Satz 1 des Einspracheentscheides). Es scheint daher widersprüchlich, wenn sie später in ihrer Vernehmlassung die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten im entsprechenden Zeitraum in Frage stellt. Im Übrigen hat der erstbehandelnde Oberarzt gar keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, was durchaus nachvollziehbar ist, sind doch die Folgen eines Auffahrunfalls lediglich 45 Minuten nach der Kollision schwer einzuschätzen. Aufgrund der Tatsache, dass sich F.____ nicht zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert hat, kann indes nicht geschlossen werde, eine solche sei für ihn nicht in Betracht gekommen. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch H.____ trifft es zwar zu, dass dieser in seinem Bericht den Satz „keine Arbeitsunfähigkeit als Kindergärtnerin“ erwähnt hat. Diese Aussage befindet sich jedoch im ersten Teil des Schreibens, in welchem die von der Patientin geschilderte momentane Situation aufgeführt wird. Seine eigene Einschätzung gibt der Neurologe erst später unter der Rubrik “Beurteilung“ ab, wobei die Arbeitsfähigkeit keine Erwähnung findet. Es ist deshalb davon auszugehen, dass es sich bei der Aussage „keine Arbeitsunfähigkeit als Kindergärtnerin“ nicht um eine tatsächliche Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit handelt. Gestützt auf den Arztbericht von H.____ kann folglich nicht darauf geschlossen werden, dieser habe die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abschliessend beurteilt und als vollumfänglich intakt bewertet. Als einzige Angabe zur Arbeitsfähigkeit verbleibt damit die Einschätzung von D.____. Diese hat der Patientin für die Zeit vom 26. August 2011 bis am 30. November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es ist vorliegend kein Grund ersichtlich, weshalb nicht auf die Berichte der Hausärztin abgestellt werden sollte, insbesondere da die Basler zunächst selbst deren Beurteilung gefolgt ist (vgl. Ziff. 5 der Vernehmlassung). Im Übrigen hat die Unfallversicherung keine weiteren medizinischen Abklärungen vorgenommen, welche die hausärztliche Einschätzung in Frage stellen würden. Mit den Vorbringen in ihrer Vernehmlassung gelingt es der Vorinstanz daher nicht, überzeugend darzulegen, dass die Beschwerdeführerin ab Oktober 2011 wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sei. Bis die Basler den entsprechenden Nachweis erbracht hat, ist vermutungsweise weiterhin – d.h. auch für die Zeit nach dem 30. September 2011 – von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen.

6.3.1 Trotz fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist der Endzustand erreicht, wenn keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes bzw. keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erwartet werden kann. Im angefochtenen Entscheid vom 16. August 2012 bringt die Basler vor, es könne von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mehr erwartet werden, womit ab Oktober 2011 der Endzustand erreicht sei.

6.3.2 Im Hinblick auf das Genesungspotential der Versicherten ist festzuhalten, dass ein über mehrere Monate andauernder Heilungsprozess bei HWS-Distorsionen keineswegs unüblich ist. Wie bereits erwähnt, hat das Bundesgericht in solchen Fällen eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren als durchaus im Rahmen liegend anerkannt. Trotz dieser Rechtsprechung geht die Unfallversicherung davon aus, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sei schon rund fünf Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr zu erwarten gewesen. Keiner der vorliegenden Arztberichte stützt jedoch diese Behauptung der Vorinstanz. Im Gegenteil beantwortet D.____ in ihrem Schreiben vom 30. Oktober 2011 die Frage der Basler, wann ungefähr mit einem Endzustand zu rechnen sei, mit „zurzeit nicht beurteilbar“. Sie bezeichnet die Prognose der Arbeitsfähigkeit als gut. Was den Heilverlauf betrifft, so deuten die Aussagen der Hausärztin lediglich darauf hin, dass die Genesung der Beschwerdeführerin mehr Zeit als anfänglich angenommen beanspruchen würde. Es ist jedoch in keiner Hinsicht die Rede davon, eine massgebende Rekuperation falle künftig ausser Betracht. Sowohl die Beschwerdeführerin als auch die behandelnde Ärztin D.____ haben stets bekräftigt, die Versicherte wolle alsbald möglich wieder an ihren angestammten Arbeitsplatz zurückkehren und die vormals ausgeübte Tätigkeit vollumfänglich weiterführen. Diesbezüglich ist auch auf den am 6. Dezember 2011 erstellten Bericht von K.____, Casemanager Unfall/Kranken bei der Basler zu verweisen, welcher gestützt auf ein mit der Beschwerdeführerin am 11. November 2011 geführtes persönliches Gespräch erstellt worden ist. Für ein über den 30. September 2011 hinaus bestehendes Verbesserungspotential spricht ferner die von H.____ anlässlich der zweiten Konsultation am 5. Oktober 2011 im Spital G.____ gemachte Aussage, wonach die Patientin (bereits zwei Tage nach der ersten

Konsultation) über eine deutliche Besserung berichte. In Anbetracht des Gesagten ist es nicht erwiesen, dass bei der Beschwerdeführerin ab Oktober 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes resp. keine bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zur erwarten gewesen ist. Den Akten können keine konkreten Hinweise auf einen (zukünftigen) Invaliditätsfall entnommen werden. Angesichts dieser Umstände befremdet es, dass die Basler bereits nach wenigen Wochen Genesungsprozess vom erreichten Endzustand ausgegangen ist und aufgrund dieser Annahme die Adäquanzprüfung durchgeführt sowie sämtliche Versicherungsleistungen eingestellt hat.

6.4 Infolgedessen ist der Versicherten zuzustimmen, dass die Vorinstanz gestützt auf die vorhandenen Unterlagen den Endzustand nicht auf den 30. September 2011 hätte festlegen dürfen. Mithin erübrigt sich die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs.

7. Als Ergebnis kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Basler die Versicherungsleistungen der Beschwerdeführerin zu Unrecht per 30. September 2011 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. August 2012 wird aufgehoben und die Angelegenheit zur Neubeurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 an die Vorinstanz zurückgewiesen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin obsiegende und die Basler unterliegende Partei. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Was die ausserordentlichen Kosten betrifft, hat die obsiegende Beschwerdeführerin gemäss Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. In seiner Honorarnote vom 10. Dezember 2012 hat der Rechtsvertreter der Versicherten einen Zeitaufwand von 6 Stunden und 20 Minuten geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 46.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 1'759.70 (6 Stunden 20 Minuten à Fr. 250.-- plus Auslagen von Fr. 46.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 Abschliessend ist für den Fall, dass eine Partei das Ergreifen eines Rechtsmittels gegen den vorliegenden Entscheid in Erwägung zieht, Folgendes anzumerken: Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Nach der bundesgerichtlichen Rechsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen)

beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Folglich ist dagegen eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 16. August 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur Neubeurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Basler Versicherung AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'759.70 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.