

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00263 vom 29. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00263)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00263 du 29 février 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00263 del 29 febbraio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person,

sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

1.4. 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 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.5. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

1.6. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.7. Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen

Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

1.8 Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

1.9 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58).

Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der

Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbedingt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.10 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. 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.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- 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.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544

ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.11. Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

## E. 2

2.1. Die SUVA begründete die Leistungseinstellung per 9. Juni 2009 im Wesentlichen - unter Hinweis auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. Z. vom 15. April 2010 (Urk. 10/62) - damit, dass die - auf keinen unfallbedingten nachweisbaren strukturellen Veränderung beruhenden (Urk. 2 S. 7, Urk. 9 S. 5, S. 7 und S. 9) - rechtsseitigen Schulter- und die HWS-Beschwerden weder in einem natürlichen (Urk. 2 S. 9, Urk. 9 S. 7 ff., Urk. 18) noch in einem adäquaten (Urk. 2 S. 10 ff., Urk. 9 S. 10 f., Urk. 18 S. 2) Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 22. Juli 2004 beziehungsweise vom 11. Juli 2009 ständen. Betreffend den Unfall vom 22. Juli 2004 sei denn auch - bei 100%iger Arbeitsfähigkeit - im Juni 2005 der Behandlungsabschluss erfolgt, ohne dass Brückensymptome persistiert hätten (Urk. 9 S. 8 und S. 10). Sofern die Beschwerdeführerin überhaupt in die beiden Auffahrkollisionen vom 9. April und vom 11. Juli 2009 involviert gewesen sei (Urk. 9 S. 10), sei es dabei jedenfalls zu keiner erneuten Schulterverletzung gekommen. Auch eine - nach dem Unfall vom 22. Juli 2004 erlittene - unfallähnliche Kärperverletzung im Schulterbereich sei mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten nicht anzunehmen (Urk. 9 S. 8 f.). Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) seien degenerativer Natur, weshalb diesbezüglich ebenfalls keine Leistungspflicht bestehe (Urk. 9 S. 9).

2.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, nach dem Unfall vom 22. Juli 2004 seien die Schmerzen im rechten Schultergelenk - auch wenn sie zwischenzeitlich trotz persistierender Schmerzen wieder voll gearbeitet habe (Urk. 1 S. 7) - nie abgeklungen. Entgegen den entsprechenden Ausführungen der SUVA sei die anhaltende Symptomatik nicht mit einer allgemeinen Laxität der Bänder, sondern vielmehr mit einem - bildgebend nachgewiesenen - Riss der Supraspinatussehne und demnach mit einer - in jedem Fall anspruchsbegründenden (Urk. 1 S. 7) - Verletzung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) zu erklären. Insofern lasse sich diese Beeinträchtigung auch nicht mit einem gezielten Schultertraining beheben (Urk. 1 S. 5 f.). Den Beschwerden im Bereich der HWS lägen unfallbedingte strukturelle Wirbelsäulenschäden (Urk. 1 S. 6) respektive möglicherweise ebenfalls die Schulterverletzung (Urk. 1 S. 7) zugrunde.

## E. 3.1

3.1.1. Die nach dem Unfall vom 22. Juli 2004 erstmals am 28. August 2004 konsultierten Ärzte des Universitätsspitals W., Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten in ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 11/13)





nachts über - bereits im Jahr 2007 bestanden. Ein weiteres Problem stellten - deutlich rechtsbetonte - okzipitale Kopfschmerzen mit häufig auftretenden Kribbelmissempfindungen am Hinterkopf dar. Hinsichtlich des Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom links bestanden aktuell praktisch keine Beschwerden mehr (Urk. 10/13 S. 1). Betreffend die leichte Okzipitalis-Neuralgie falle eine Infiltration in Betracht; ansonsten sei in erster Linie eine konservative Therapie indiziert (Urk. 10/13 S. 2).

3.2.5 Am 18. Mai 2009 stellte Dr. C. folgende Diagnosen (Urk. 10/18 S. 1):

- Okzipitalis-Neuralgie rechts
- Zervikales radikuläres Reizsyndrom rechts
- deutliche Regredienz unter konservativer Behandlung

Nachdem sich die Beschwerden im Zusammenhang mit dem zervikoradikulären Reizsyndrom rechts weitgehend gebessert hätten, ständen aktuell Beschwerden im Rahmen einer Okzipitalis-Neuralgie rechts im Vordergrund (Urk. 10/18 S. 1). Diesbezüglich sei nun eine Lokalinfiltration des Nervus okzipitalis major rechts erfolgt (Urk. 10/18 S. 2).

3.2.6 Das von Dr. C. - wegen Kopfschmerzen, Migräne, einer wahrscheinlichen Okzipitalis-Neuralgie rechts sowie neu aufgetretener Parästhesien im rechten Bein und im rechten Arm - veranlasste MRI des Schädels vom 23. Juni 2009 ergab einen unauffälligen Befund ohne strukturelle Veränderungen und ohne Anhaltspunkte für eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (vgl. Bericht vom 25. Juni 2009, Urk. 10/53 S. 11).

### **E. 3.3**

3.3.1 Dr. C. stellte am 3. August 2009 nachstehende Diagnosen (Urk. 10/10 S. 1):

- Zervikalsyndrom mit radikulärer Reizung C6, C7, C8 rechts bei Status nach erneutem HWS-Trauma mit/bei:
  - erneutem Autounfall am 12. Juli 2009 [richtig: 11. Juli 2009]
  - weiteren Beschwerden: Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden
  - Status nach erstmaligem Autounfall am 9. April 2009 mit Zervikalsyndrom mit radikulärer Reizkomponente
  - Sporadische Okzipitalis-Neuralgie rechts
  - deutliche Besserung nach Infiltration vom 2. Juli 2009
- Lumbovertebralsyndrom

Seitdem sie während der Ferien in Kroatien am 12. Juli 2009 erneut einen Auffahrunfall erlitten habe, klage die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und Fühlminderung im rechten Arm mit Kribbelsensationen in der rechten Hand. Gestützt auf die - zwölf Tage posttraumatisch - in Kroatien durchgeführten medizinischen Abklärungen (EMG, EEG, neurologische Untersuchung) sei die Diagnose einer mittelschweren radikulären Kompression C5 und C6 rechts gestellt worden (Urk. 10/10 S. 1). Infolge der erneuten Auffahrkollision sei es zu einer Reexazerbation der Beschwerden gekommen. Obwohl sich - abgesehen von

Parästhesien und einer Hypästhesie im rechten Arm - keine Hinweise für eine wesentliche radikuläre Kompression finden, sei die Beschwerdeführerin - angesichts der zu erwartenden nun längeren Arbeitsunfähigkeit - für eine MRI-Untersuchung der HWS angemeldet worden (Urk. 10/10 S. 2).

3.3.2.2 Im Zusammenhang mit Kribbelparästhesien am rechten Arm C6/8 bei Status nach Autounfall im Februar 2009 [richtig wohl: April 2009 (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 2, Urk. 10/52 S. 1, Urk. 10/20 S. 5)] und erneut am 12. Juli 2009 [richtig: 11. Juli 2009] wurde am 5. August 2009 ein MRI der HWS durchgeführt. Dieses ergab eine linkskonvexe Skoliose sowie eine leichte Segmentdegeneration C6/7 mit mediolateral linksseitiger Bandscheibenvorwölbung und dadurch Einengung des linken Foramens. Traumatische Veränderungen oder eine Kompression insbesondere der rechtsseitigen Neuroforamina wurden nicht festgestellt (Urk. 10/17 = Urk. 10/53 S. 9).

3.3.3.3 Am 19. August 2009 gab Dr. C. an, die Ulnarisneurographie rechts habe einen normalen Befund und das MRI der HWS vom 5. August 2009 (Urk. 10/17) keinen Hinweis für eine Wurzelkompression ergeben. Unter Berücksichtigung auch der Ergebnisse der klinischen Untersuchung könne eine Kompression neuraler Strukturen, insbesondere eine Ulnariskompressionsneuropathie oder eine sonstige Schädigung im Bereich des Ellbogens rechts als Ursache der stark fluktuierenden Beschwerden zervikal und im Bereich des rechten Arms ausgeschlossen werden. Insofern sei von Beschwerden im Rahmen eines retraumatisierten Zervikalsyndroms ohne Hinweise für eine radikuläre Ausfallsymptomatik mit nicht unerheblicher funktioneller Überlagerung auszugehen (Urk. 10/11 S. 1).

3.3.4.4 Dr. B. sah sich am 28. August 2009 ausserstande, den Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma auszufüllen, da er erst vier Wochen nach dem Unfall konsultiert worden sei. Wie sich auch aus seinem Bericht zuhanden der Invalidenversicherung ergebe, handle es sich um eine komplexe Situation. Spätestens zwei Monate nach dem Unfallereignis sei eine kreisärztliche Untersuchung indiziert (Urk. 10/14 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem - ebenfalls am 28. August 2009 verfassten - Bericht zuhanden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, stellte Dr. B. nachstehende - unfall- und krankheitsbedingte - Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/19 S. 2):

- Status nach HWS-Distorsion bei Verkehrsunfall am 11. Juli 2009
- Zervikoradikuläres Syndrom C6/7 bei Diskusprotrusion links mit Einengung des Neuroforamen
- Zervikoradikuläres Reizsyndrom C8 rechts, lumboradikuläres Syndrom L5/S1 rechts
- Status nach periradikulärer, CT-gesteuerter Nerveninfiltration rechts am 6. Juni 2008
- Okzipitale Neuralgie rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin leide seit Oktober 2008 unter lumbospondylogenen und lumboradikulären Beschwerden; später seien zudem zervikoradikuläre Schmerzen aufgetreten. Am 11. Juli 2009 habe sie sich dann bei einem Verkehrsunfall eine HWS-Distorsion zugezogen. Seiher hätten sich die zervikale wie auch die lumbale Situation verschlechtert. Am 7. August 2009 habe die

Beschwerdeführerin vor allem wieder über vermehrte zervikoradikuläre Schmerzen rechts mit diffusen Ausstrahlungen in den rechten Arm bei unveränderter lumbaler Situation geklagt (Urk. 10/19 S. 2). Es erfolgten eine analgetische und eine physiotherapeutische Behandlung. In der angestammten Tätigkeit habe von November 2008 bis 31. Januar 2009 eine 100%ige, vom 1. Februar bis 31. Mai 2009 eine 60%ige und vom 1. Juni bis 12. August 2009 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 13. August 2009 sei die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Umschulung sei derzeit nicht indiziert; der Fokus sei bei der - wegen der zervikoradikulären Ausstrahlungen kaum belastbaren - Beschwerdeführerin auf das Wiedererlangen zumindest einer teilweisen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu richten (Urk. 10/19 S. 3).

3.3.5 Dr. med. D. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 27. November 2009 nachstehende Diagnosen (Urk. 10/39 S. 1):

- Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, ICD-10 F43.2
- Zustand nach zweimaliger HWS-Distorsion (vor fünf Jahren und im Juli 2009)
- Zervikalgie mit rechtsseitiger Zervikobrachialgie
- Osteochondrotische Veränderungen und Bandscheibenprotrusion C6/7
- Osteochondrose L4/5 und L5/S1

Die - seit dem 4. August 2009 bei ihr in Behandlung stehende - Beschwerdeführerin leide seit einem Autounfall vor rund fünf Jahren unter Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen; nach einer Besserung während rund sieben Monaten habe eine Restsymptomatik persistiert. Im Laufe der Zeit sei es zu einer Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter und zu Hypästhesien und Schmerzen in der rechten Hand gekommen. Aufgrund der Schmerzausstrahlungen in die Finger der rechten Hand seien auch Schlafstörungen aufgetreten. Die Beschwerdeführerin habe deshalb seit November 2007 immer wieder in ärztlicher Behandlung gestanden und sei im Zeitpunkt des Unfalls zu 30 % arbeitsunfähig gewesen (bei einem Arbeitspensum von 60 %). Nachdem sie sich bei einem Autounfall im Juli 2009 erneut ein Schleudertrauma zugezogen habe, sei sie derzeit wegen einer HWS-Distorsion zu 100 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin schlafe schmerzbedingt schlecht. Die im August 2009 begonnene medikamentöse Behandlung mit Saroten habe bis anhin keine Besserung des depressiv-dysphorischen Zustandes gebracht (Urk. 10/39 S. 1). Derzeit erfolge eine Behandlung mit Venflaxin und mit Trittico. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit seit dem 4. August 2009 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/39 S. 2).

3.3.6 Am 28. Dezember 2009 wurde die Beschwerdeführerin erneut vom Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_\_, untersucht. In seinem Bericht vom nämlichen Datum (Urk. 10/45 = Urk. 3/3) hielt dieser fest, nachdem die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. Juli 2004 bis Ende August 2005 wieder abgeklungen seien, seien im Jahr 2008 aufgrund degenerativer Veränderungen im Bereich der unteren LWS lumbale Schmerzen aufgetreten, deretwegen die Beschwerdeführerin seither in ärztlicher Behandlung stehe und - in variablem Ausmass - in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die wegen Ende 2008 aufgetretener, in den rechten Arm ausstrahlender Beschwerden am 14. November 2008 durchgeführte MRI-Untersuchung habe keine Erklärung für diese Symptome

ergeben. Die Auffahrkollision vom 11. Juli 2009 habe zu vermehrten Beschwerden im Nacken und im rechten Arm geführt, weshalb abermals eine sorgfältige neurologische Untersuchung erfolgt sei. Bei der aktuellen Untersuchung falle erneut eine deutliche Instabilität der rechten Schulter auf; wie schon früher sei der Habitus der Beschwerdeführerin lax, und auch linksseitig bestehe eine Subluxation des Humeruskopfes nach dorsal. Die geklagten Parästhesien liessen sich insofern mit einer Plexusirritation erklären. Zur Milderung der rechtsseitigen Schulterbeschwerden sei bereits eine Kräftigungstherapie eingeleitet worden; angesichts der Hyperlaxität gelte es, einen operativen Eingriff zu vermeiden. Die Schwindelerscheinungen seien wohl auf die bestehende Anämie zurückzuführen. Neuropsychologische Beeinträchtigungen als Folge des Ereignisses vom 11. Juli 2009 könnten ausgeschlossen werden. Die Versicherte, die allgemein verunsichert wirke und deshalb auch in psychiatrischer Behandlung stehe, sei derzeit wegen vorbestehender lumbaler Beschwerden zu 50 % arbeitsunfähig. Seit dem 11. Juli 2009 bestehe wegen der zusätzlichen Nacken- beziehungsweise Schulterbeschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei die Therapie schleppend verlaufe und mit dem Aufbautraining erst vor kurzem habe begonnen werden können (Urk. 10/45 S. 5). Die aktuell noch bestehenden Unfallfolgen liessen sich mittels Auftrainierens der Muskulatur bis spätestens April 2010 beheben. Beim Ereignis vom 11. Juli 2005 [richtig: 2009] sei es zu keiner direkten Traumatisierung der rechten Schulter gekommen. Die diesbezügliche Dekompensation sei damit zu erklären, dass der Schultergürtel infolge der nuchalen Verspannungen längere Zeit nicht belastbar gewesen sei, was zu einer Schwächung der Muskelkraft geführt habe. Strukturelle Läsionen an der HWS hätten im Rahmen der bildgebenden Untersuchung nicht festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin habe in Aussicht gestellt, das MRI der Schulter vom 3. März 2005 noch nachzureichen (Urk. 10/45 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Kenntnisnahme des Arthro-MRI der rechten Schulter vom 3. März 2005 (Urk. 11/18 S. 2) hielt Dr. Z. \_\_\_ am 30. Dezember 2009 fest, es beständen keine Anhaltspunkte für eine traumatische hintere Luxation der Schulter. Es sei - allgemein und insbesondere in Bezug auf das rechte Schultergelenk - von einer Hyperlaxität der Gelenke auszugehen. Es sei zu erwarten, dass sich die Beschwerden mittels Weiterführung des Aufbautrainings bis spätestens April 2010 auf den im Jahr 2005 erlangten Stand reduzieren liessen. Das gesamte Krankheitsbild sei nun noch komplexer als damals; die unfallbedingte Symptomatik werde man herausfiltern müssen (Urk. 10/47 = Urk. 3/4).

3.3.7 Ä Ä Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, stellte am 13. Januar 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 10/52 S. 1):

- Status nach mehreren Wirbelsäulen-Traumatisierungen 2004, im April 2009 (Dezelerationstrauma) und am 12. Juli [richtig: 11. Juli] 2009 (Akzelerationstrauma) mit:
- zervikozephalen Schmerzen und Ämbergängen in Spannungstyp-Kopfschmerzen (rechtsbetonte Okzipitalis-Neuralgie möglich)
- zervikobrachialem/zervikospondylo-genem Schmerzsyndrom rechts mit assoziierten Fühlstörungen (koinzidentes zervikoradikulares Reizsyndrom C8 rechts und/oder Ulnaris-Neuropathie rechts möglich)
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Differentialdiagnose: im Rahmen einer reaktiven Depression)

- lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts

- Vaskuläre Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Familienanamnese:

- neuroangiologische Untersuchung ausstehend

Die Beschwerdeführerin klagt über konstant vorhandene, rechtsbetonte Nacken- und Hinterkopfschmerzen mit Ausstrahlung in die oberen Schulterpartien und - häufig - begleitendem Ameisenlaufen in der rechten Kopfseite. Die HWS-Beweglichkeit sei eingeschränkt. Es beständen insofern Schwindelbeschwerden, als die Beschwerdeführerin sich beim Aufstehen und Gehen etwas nach rechts gezogen fühle und ein schlechtes Gleichgewicht bemerke. Ihre Vergesslichkeit bringe die Beschwerdeführerin in Verbindung mit der Depression (Urk. 10/52 S. 3). Am rechten Arm trete an Dig. III-V immer wieder ein Taubheitsgefühl auf, wobei auch die ulnare Handkante und die ulnare Unterarmkante bis zum Ellbogen betroffen seien. Es beständen Schmerzen am rechten Ellbogen und Verspannungen im ganzen rechten Arm, insbesondere im Schulterbereich, und oft eine Kraftlosigkeit in der rechten Hand. Die vorbestehenden Lumbalgien strahlten intermittierend in den lateralen rechten Ober- und Unterschenkel aus (Urk. 10/52 S. 4). Bei der klinischen Untersuchung sei eine Hypästhesie am rechten am rechten Arm im Bereich von ulnarer Hand und Unterarmkante aufgefallen, die sich keinem neurologisch-anatomischen Korrelat habe zuordnen lassen. Am 11. Januar 2010 sei eine Elektroencephalographie durchgeführt worden (vgl. Urk. 10/52 S. 5 = Urk. 10/53 S. 10). Bis auf das bekannte Zervikalsyndrom sei der detailliert erhobene Neurostatus unauffällig (Urk. 10/52 S. 1 f.). Zur weiteren Abklärung der Symptomatik seien eine neuroangiologische, eine neuropsychologische und eine elektrophysiologische Untersuchung vorgesehen (Urk. 10/52 S. 2).

3.3.8 Gestützt auf die Ergebnisse der am 20. Januar 2010 durchgeführten klinischen (Urk. 10/53 S. 3) und neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 10/53 S. 4), der Farbduplexsonographie (Urk. 10/53 S. 5 f.), der Elektroneuromyographie (Urk. 10/53 S. 7) und der somatosensibel-evozierten Potentiale (Urk. 10/53 S. 8) stellte Dr. E. \_\_\_ in seinem Bericht vom 1. Februar 2010 folgende Diagnosen (Urk. 10/53 S. 1 = Urk. 10/63 S. 1 = Urk. 3/10 S. 1):

- Status nach mehreren Wirbelsäulen-Traumatisierungen am 22. Juli 2004, im April 2009 (Dezelerationstrauma) und am 12. Juli [richtig: 11. Juli] 2009 (Akzelerationstrauma) mit:

- mittelschweren neuropsychologischen Ausfällen (Differentialdiagnose: im Rahmen einer reaktiven Depression)

- zervikozephalen Schmerzen und Ätzungen in Spannungstyp-Kopfschmerzen (rechtsbetonte Okzipitalis-Neuralgie möglich)

- zervikobrachialem/zervikospondylogem Schmerzsyndrom rechts mit assoziierten Fühlstörungen

- PHS rechts (nach Unfall 2004)

- lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts

- Vaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Familienanamnese:

- leichtgradiger intrakranieller Gefässprozess zurzeit ungeklärter Genese

Die geklagten neuropsychologischen Auffälligkeiten (Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsfunktion, des episodischen Gedächtnisses [Abrufdefizit] und der exekutiven Funktionen; Urk. 10/53 S. 1) fanden in der detaillierten neuropsychologischen Untersuchung ein mittelschweres Korrelat beziehungsweise wiesen eine erhebliche Alltagsrelevanz auf. Die in der EEG-Ableitung festgestellten leichten Funktionsstörungen seien letztlich unspezifisch. Auch kernspintomographisch hätten sich keine Hinweise für eine Hirnverletzung ergeben. Als Ursache der neuropsychologischen Funktionsstörung fielen primär die HWS-Distorsionstraumata und sekundär eine (reaktive) depressive Entwicklung in Betracht. Für die am rechten Arm geklagten Fehlfunktionen habe sich weder in der klinischen noch in der elektrophysiologischen Untersuchung ein Korrelat finden lassen; es handle sich wohl um posttraumatische zerviko- und lumbospondylogene Beschwerden mit assoziierten ("pseudoradikulären") Fehlfunktionen (Urk. 10/53 S. 1). Weitere neurologische Abklärungen seien derzeit nicht indiziert. Angesichts der hartnäckigen Beschwerdepersistenz trotz ambulanter physiotherapeutischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei eine stationäre Neurorehabilitation mit einem neuropsychologischen und rheumatologischen Behandlungsschwerpunkt indiziert (Urk. 10/53 S. 2).

3.3.9 In seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2010 (Urk. 10/56) hielt Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_ fest, unfallbedingt bestehe keine Indikation für eine stationäre Rehabilitation. Als Unfallfolge bestehe derzeit - ausschliesslich - eine muskuläre Schwächung und Dysbalance des Schultergürtels bei bekannten hyperlaxen Schultergelenken beidseits. Diesbezüglich sei lediglich eine Kräftigungstherapie erforderlich, bei deren konsequenter Durchführung der Vorzustand spätestens im April 2010 erreicht sein werde (Urk. 10/56 S. 1).

### **E. 3.3.10**

Das Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes vom 12. Februar 2010 ergab einen feinen Riss auf der artikulären Seite in die Supraspinatussehne im Bereich des Ansatzes (Partialruptur), eine - als wahrscheinliche Folgen eines subakromialen Impingements interpretierte - diskrete Bursitis subdeltoidea und eine Tendinopathie der oberflächlichen Schichten des Musculus supraspinatus sowie eine diskrete basisnahe Läsion des anterioren Labrum glenoidale von 9 bis 11 Uhr (vgl. Bericht vom 12. Februar 2010, Urk. 10/64 = Urk. 10/76 S. 5 = Urk. 3/11).

### **E. 3.3.11**

Nach Kenntnisnahme der seit der Untersuchung vom 28. Dezember 2009 ergangenen medizinischen Berichte hielt Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 15. April 2010 (Urk. 10/62 = Urk. 3/13) fest, die im Arthro-MRI der rechten Schulter vom 12. Februar 2010 (Urk. 10/64) festgestellten Veränderungen seien im Rahmen der bekannten laxen Gelenkführung mit Subluxation nach hinten verständlich. Die Klinik sei nicht sehr gravierend (Urk. 10/62 S. 1). Angesichts des Umstands, dass - als übergeordnete Diagnose - eine Depression bestehe, sei von Massnahmen, die über ein dosiertes Muskeltraining hinausgingen, dringend abzuraten. Auch ein derartiges Training werde sich aufgrund der Depression nur mit grossen Schwierigkeiten durchführen lassen. Nachdem sich die muskuläre Dysbalance und die damit verbundenen Schulterbeschwerden rechts im Jahr 2004/05 durch gezieltes Training innerhalb von neun Monaten hätten beheben

lassen, sei zu schliessen, dass der kompensierte Zustand ohne die zahlreichen unfallfremden Störfaktoren Ende April wieder erreicht sein werde. Insofern könne die unfallbedingte Behandlung auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen und vom Ende der unfallbedingten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Kopfschmerzsymptomatik habe schon vor dem Unfall vom 11. Juli 2009 bestanden; dass dieser ursächlich sei für die nun bestehende Depression, sei nicht anzunehmen (Urk. 10/62 S. 2).

### **E. 3.3.12**

Nachdem sie die rechte Schulter am 31. März 2010 radiologisch untersucht hatten, stellten die Ärzte der Klinik, V.\_\_\_\_ Orthopädie, am 1. April 2010 folgende Diagnosen (Urk. 10/63 S. 2 = Urk. 10/71 S. 1):

- Schulter rechts, dominant: chronisches subacromiales Impingement
  - MR-tomographisch festgestellte artikulareseitige kleine Partialruptur des Supraspinatus
- Es bestehe - bei unauffälligem Rotatorenmanschetten-Test - ein subacromiales Impingementsyndrom. Die mittels MRI festgestellte PASTA-Läsion sei als Nebenbefund zu interpretieren. Der Beschwerdeführerin sei eine Physiotherapie zur Kräftigung der Kopfmuskulatur und zur Verbesserung des Scapulasettings verordnet worden, als nächster Schritt falle - aus diagnostischen und therapeutischen Gründen - eine subacromiale Infiltration in Betracht. In zwei bis drei Monaten werde eine klinische Kontrolle erfolgen (Urk. 10/63 S. 3).

### **E. 3.3.13**

Dr. B.\_\_\_\_ stellte am 14. April 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 10/63 S. 1):

- Chronisches zervikospodylogenes Syndrom mit radikulären Reizungen
  - Chronisches lumbospodylogenes Syndrom mit radikulären Reizungen
- Die Beschwerdeführerin, die unter unveränderten Schulterschmerzen und chronischen zerviko-lumbospodylogenen Schmerzen mit fraglichen radikulären Reizungen leide, unterziehe sich derzeit einer Physiotherapie. Ob es sich noch um posttraumatische Beschwerden handle, sei schwierig zu beurteilen. Die Prognose sei ungünstig. In der angestammten Tätigkeit bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/63 S. 1).

### **E. 3.3.14**

In ihrem Bericht vom 9. Juni 2010 (Urk. 10/72 = Urk. 3/14) gaben die Orthopäden der Klinik V.\_\_\_\_ an, aufgrund des - nun klinisch eindeutigen - Impingements sei eine subacromiale Infiltration durchgeführt worden; deren Effekt werde sich in sechs Wochen beurteilen lassen. Die Physiotherapie werde fortgeführt. Im Verlauf werde die Untersuchung der HWS durch einen Spezialisten wohl unumgänglich sein.

### **E. 3.3.15**

Am 19. Juli 2010 stellten die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Orthopädie, folgende Diagnosen (Urk. 10/82 = Urk. 3/7):

- Schulter rechts, dominant: chronisches subacromiales Impingement bei
- AC-Arthrose
- MR-tomographisch festgestellter artikulareseitiger kleiner Partialruptur des Supraspinatus

Im Rahmen der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin einen maximalen Druckschmerz über dem rechten AC-Gelenk angegeben; diesbezüglich sei eine Infiltration erfolgt. Die subacromiale Infiltration vom 9. Juni 2010 habe keine wesentliche Besserung gebracht. Die muskulären Verspannungsschmerzen periscapular seien - bei ansonsten unverändertem Zustand - etwas regredient (Urk. 10/82).

### E. 3.3.16

In ihrem Bericht vom 23. August 2010 (Urk. 10/83 = Urk. 3/8) stellten die Orthopäden der Klinik V. \_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 10/83 S. 1):

- Schulter rechts, dominant: chronisches subacromiales Impingement bei
- AC-Arthrose
- MR-tomographisch festgestellter artikularseitiger kleiner Partialruptur des Supraspinatus
- Status nach subacromialer Infiltration am 9. Juni 2010 mit unspezifischer Verbesserung der Symptomatik
- Status nach Infiltration des AC-Gelenks am 19. Juli 2010 ohne Verbesserung

Überdies bestanden folgende Nebendiagnosen (Urk. 10/83 S. 1):

- Chronisches LWS-Syndrom
  - Fersenschmerzen beidseits bei Verdacht auf Sporn, Differentialdiagnose: plantare Fasciitis
- Als Schalterangestellte bei der Post sei die Beschwerdeführerin, die - nebst Schulterschmerzen - über HWS- sowie LWS-Beschwerden und neu auch über Fersenschmerzen beidseits klage, seit Juli 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/83 S. 1). Man habe versucht, die Patientin zu motivieren, die Physiotherapie nochmals konsequent durchzuführen (Urk. 10/83 S. 2).

### E. 3.3.17

Am 25. Februar 2011 führten die Ärzte der Klinik V. \_\_\_ eine diagnostische Arthroskopie und eine AC-Gelenkresektion durch. Der operative Eingriff sei insofern indiziert gewesen, als es während eines Jahres nicht gelungen sei, die genaue Ursache der Schmerzen im Bereich der rechten Schulter zu eruieren. So hätten mehrere diagnostische Infiltrationen und die MRI-Untersuchung - abgesehen von einer kleinen Partialruptur des Supraspinatus artikularseitig - einen weitgehend unauffälligen Befund ergeben (vgl. Operationsbericht vom 25. Februar 2011, Urk. 15/1 S. 1). Im Rahmen der Operation habe sich ein im Wesentlichen unauffälliger Befund ergeben; der Verdacht auf eine kleine artikularseitige Partialruptur des Supraspinatus habe sich nicht bestätigt. Insgesamt hätten die festgestellten anatomischen Verhältnisse keine Anhaltspunkte für die Ursache der geklagten Schmerzen ergeben (Urk. 15/1 S. 2).

## E. 4

4.1 Beim Unfall vom 22. Juli 2004 zog sich die Beschwerdeführerin eine Kontusion der rechten Schulter zu (vgl. Unfallmeldung UVG vom 2. September 2004 [Urk. 11/1 S. 1] sowie Berichte Universitätsspital W. \_\_\_ vom 28. August 2004 [Urk. 11/13] und vom 17. September 2004 [Urk. 11/2]). Angesichts der Tatsache, dass sie sowohl in der Unfallmeldung (Urk. 11/1 S. 1) als auch anlässlich der - erst gut fünf Wochen nach dem Unfall erfolgten - ersten Arztkonsultation ausschliesslich nach einer Prellung

aufgetretene (ausstrahlende) Schmerzen im rechten Schultergelenk angab, ist - mangels innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden aufgetretener HWS- oder Nackenbeschwerden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_451/2011 vom 18. August 2011 E. 2.3 mit Hinweisen) - nicht anzunehmen, dass sie sich bei der (Streif-)Kollision im Juli 2004 überdies ein Schleudertrauma der HWS (vgl. Bericht Dr. A.\_\_\_\_ vom 20. September 2004, Urk. 11/8) zuzog. Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass die Schulterbeschwerden in der Folge unter Physiotherapie wieder abklagen, sodass die Behandlung im Juni 2005 - bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit seit Ende März 2005 - abgeschlossen werden konnte (Urk. 11/18 S. 1 und Urk. 11/19). Dass daraufhin Brückensymptome persistiert hätten, erscheint angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin, die aktenkundig erst ab Juni 2008 - nun wegen lumbaler Beschwerden - wieder in ärztlicher Behandlung stand (Urk. 10/12) und erst nach dem Unfall vom 11. Juli 2009 wieder über Schulterschmerzen klagte (Urk. 10/45 S. 6, Urk. 10/53 S. 1, Urk. 10/64; vgl. auch Urk. 10/20 S. 5), nicht als überwiegend wahrscheinlich.

4.2.1 Was das - der SUVA nicht gemeldete - Unfallereignis vom 9. April 2009 (Urk. 10/20 S. 5, Urk. 1 S. 3) anbelangt, ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin dabei keine relevanten Verletzungen zuzog. So sahen die - diesbezüglich einzig und offenbar erst nach fast zwei Monaten - einmalig konsultierten Ärzte des Universitätsspitals W.\_\_\_\_ keinen Anlass, therapeutische Massnahmen zu verordnen, eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren oder weitere Abklärungen zu initiieren (Urk. 10/20 S. 5). Gegenüber Dr. B.\_\_\_\_, bei dem die Beschwerdeführerin damals wegen der lumbalen Symptomatik in Behandlung stand, erwähnte sie das fragliche Ereignis denn auch gar nicht (Urk. 8/18). Dass sie später sowohl gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ als auch gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ angab, seit dem Auffahrunfall vom 9. April 2009 (tatsächlich handelte es sich um eine Vollbremsung ihres das Fahrzeug lenkenden Ehemanns wegen eines vom vorausfahrenden Lastwagen gefallenen Baumstamms [Urk. 1 S. 3, Urk. 10/20 S. 5, Urk. 10/39 S. 2]) unter einem Zervikalsyndrom mit radikulärer Reizkomponente zu leiden (Urk. 10/10) beziehungsweise unter Beschwerden im Zusammenhang mit einem lumboradikulären Syndrom links und einem zervikoradikulären Syndrom rechts (Urk. 10/52 S. 2), ist insofern nicht nachvollziehbar und steht auch im Widerspruch zum Umstand, dass sie im Rahmen dieses Verfahrens im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. April 2009 keinen Leistungsanspruch geltend machte (Urk. 1).

#### **E. 4.3**

4.3.1 Die Auffahrkollision vom 11. Juli 2009 führte nach Lage der Akten im Wesentlichen zu einer Verstärkung der bereits zuvor bestandenen physischen Symptomatik (Urk. 10/10 S. 2, Urk. 10/19 S. 2, Urk. 10/20 S. 3 f.), deretwegen die Beschwerdeführerin schon seit Juni 2008 für eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/19 S. 3; vgl. auch Urk. 10/19 S. 3) Krankentaggelder bezogen hatte (Urk. 10/4, Urk. 10/2, Urk. 10/5 S. 2, Urk. 10/20 S. 1, Urk. 10/20 S. 5). Ein (unfallbedingtes) objektivierbares organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden liess sich indes - entgegen den diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 f.) - im Rahmen der fundierten einschlägigen Abklärungen nicht eruieren (Urk. 10/17, Urk. 10/11 S. 1, Urk. 10/45 S. 6, Urk. 10/47, Urk. 10/52 S. 1 f. und S. 5, Urk. 10/53 S. 1, Urk. 10/63 S. 3, Urk. 15/1 S. 2). Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch aus dem von der Beschwerdeführerin eingereichten



Arbeitsfähigkeit [Urk. 10/60 S. 2, Urk. 10/20 S. 4] und der ungewöhnlichen psychosozialen Faktoren [Urk. 10/39 S. 1] wohl höchstens teilweise unfallkausalen) psychischen Symptomatik in psychiatrische Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 10/39 S. 2). Diese attestierte ihr in der Folge - zusätzlich zur bereits vor dem Unfall bestandenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - sofort eine (anhaltende) 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (Urk. 10/39 S. 2, Urk. 10/38 S. 1, Urk. 10/78). Angesichts der geschilderten Gegebenheiten ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den anhaltenden Beschwerden und dem Unfall vom 11. Juli 2009 nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien und nicht nach den für Schleudertraumata der HWS entwickelten Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 beziehungsweise BGE 117 V 359 zu beurteilen.

Beim Unfall vom 11. Juli 2009 war die Beschwerdeführerin als Beifahrerin auf einer Innerortsstrasse unterwegs, als das nachfolgende Auto von einem Drittfahrzeug in den von ihrem Kollegen gesteuerten Personenwagen geschoben wurde (Urk. 10/20, Urk. 10/24, Urk. 10/36). Dabei entstand am Fahrzeug ihres Kollegen im Bereich der hinteren Stossstange und des Nummernschildes ein Schaden (Urk. 10/36 S. 2); der Airbag wurde durch den Aufprall nicht ausgelöst (Urk. 10/20 S. 2). Angesichts des augenfälligen Geschehensablaufs und der dabei wirkenden Kräfte ist der Unfall als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Vorfällen liegend, zu qualifizieren. Besonders dramatische Begleitumstände lagen bei der Auffahrkollision keine vor, und der Vorfall war auch nicht von besonderer Eindringlichkeit. Ein (allenfalls) erlittenes HWS-Distorsionstrauma fällt bei der Adäquanzbeurteilung einer psychischen Fehlentwicklung im Rahmen des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der Verletzung ausser Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 10.2 mit Hinweisen). Angesichts des Fehlens einer (unfallbedingten) organischen Ursache, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte, sind die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenso zu verneinen wie das unfallbezogene Merkmal des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Da auch keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen, kommt der Auffahrkollision vom 11. Juli 2009 keine massgebende Bedeutung für die noch über den 9. Juni 2010 hinaus anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin hinaus geklagte Symptomatik, soweit sie überhaupt unfallbedingt ist, jedenfalls in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zur Auffahrkollision vom 11. Juli 2009 steht. Insofern erübrigen sich auch weitere Ausführungen dazu, ob - was die SUVA erst im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens in Frage stellte (Urk. 1 S. 6) - die (im entsprechenden Polizeiprotokoll nicht erwähnte [Urk. 10/36]) Beschwerdeführerin tatsächlich am geltend gemachten Unfall beteiligt war. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 30. August 2010 (Urk. 2) ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur unter Beilage des Doppels von Urk. 18

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Groupe mutuel

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.