

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00039**

## **vom 30. August 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00039](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00039)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00039 du 30 août 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00039 del 30 agosto 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

#### **E. 1.2**

Am 7. Dezember 2009 gab die Allianz der Versicherten Gelegenheit, sich zur vorgesehenen Verfügung (Einstellung der Versicherungsleistungen per Ende November 2009) zu äussern (Urk. 10/102). Mit Eingabe vom 15. Januar 2010 (Urk. 10/112) liess sie gegen die in Aussicht gestellte Verfügung Einwendungen erheben.

Am 25. Mai 2010 stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, der Allianz das polydisziplinäre Gutachten des J. \_\_\_ vom 18. Mai 2010 zu (Urk. 10/120-121).

Mit Verfügung vom 13. September 2010 (Urk. 10/123) stellte die Allianz die Versicherungsleistungen per 30. November 2009 ein. Die dagegen am 29. September 2010 erhobene Einsprache (Urk. 10/124) wies die Allianz mit Entscheid vom 28. Dezember 2010 (Urk. 10/130 = Urk. 2) ab.

#### **E. 1.2.1**

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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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 blosser 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).

### **E. 1.2.2**

Diese Beweisgrundsätze gelten ohne Weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. 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, Übelkeit, 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 Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

### **E. 1.3.1**

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).

### **E. 1.3.2**

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).

### **E. 1.3.3**

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 zu rückzuführen 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 Arbeitsbeziehungsweise 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).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 2**

Alles unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Allianz schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2011 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Replicando und duplicando liessen die Parteien an ihren Anträgen festhalten (Urk. 14 und 18). Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

mit Hinweisen auf SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C\_509/2008, und SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C\_67/2007). Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch aufgrund des Urteils des EGMR in Sachen Sara Lind Eggerts dóttir gegen Island vom 5. Juli 2007 Nr. 31930/04 nicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_134/2009 vom 5. August 2009, E. 2.4 mit Hinweisen, BGE 135 V 465 E. 4.4). Der formell-rechtliche Einwand der fehlenden Unabhängigkeit des

J. \_\_\_ stösst auch mit Blick auf die der MEDAS rechtsprechungsgemäss zu kommende Unabhängigkeit und Unparteilichkeit (BGE 132 V 376 E. 6.2, 123 V 175; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_127/2010 vom 7. April 2010, E. 3.2) ins Leere. Das Bundesgericht hat in seinem Grundsatzentscheid BGE 137 V 210 erwogen, dass das MEDAS-System zwar weiterhin verfassungs- und konventionskonform sei, aber - angesichts des Ertragspotentials der Tätigkeit der MEDAS zuhanden der Invalidenversicherung und der damit gegebenen wirtschaftlichen Abhängigkeit - einige Korrekturen (insbesondere auf administrativer Ebene) notwendig seien, was aber nichts daran ändere, dass das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS, nicht zu hören sei (E. 3.4.2.7). Auch für eine Befangenheit der einzelnen Gutachter fehlt es an konkreten Anhaltspunkten.

## **E. 2.2**

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vortragen, dass sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang gegeben seien. Im Übrigen sei auch der Fallabschluss per Ende November 2009 zu früh erfolgt. Der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht. Die Beschwerdeführerin sei noch in rheumatologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die behandelnden Ärzte seien der Ansicht, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch gezielte Therapien noch verbessern lasse. Beim Unfall vom 11. April 2008 habe es sich – entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin – nicht um einen mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen gehandelt, sondern um einen mittleren Unfall im engeren Sinne. Zu dem seien die Kriterien der fortgesetzten ärztlichen Behandlung, der erheblichen Beschwerden, des schwierigen Heilverlaufs und der langdauernden Arbeitsunfähigkeit gegeben, weshalb die Adäquanz zu bejahen sei (Urk. 1 und 14).

## **E. 3**

Leichte Kontrollzwänge (ICD-10 F42)

### **E. 3.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per Ende November 2009 eingestellt hat, weil zu diesem Zeitpunkt der medizinische Endzustand erreicht war und die noch geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen mit dem Unfall vom 11. April 2008 in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mehr standen.

### **E. 3.2**

Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte am 26. Juni 2008 ein zervikospondylogenes Syndrom mit segmentalen Dysfunktionen im Bereich der oberen Halswirbelsäule und myofaszialen Veränderungen paravertebral sowie im Bereich des Schultergürtels beidseits (Urk. 10/25).

### **E. 3.3**

Dr. E. \_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 7. Juli 2008 (Urk. 10/23) aus, die Beschwerdeführerin habe am 11. April 2008 einen Autounfall erlitten mit einem atypischen kraniozervikalen Beschleunigungstrauma. Es sei zu diversen, letztlich typischen Folgeschäden gekommen: Cervicalsyndrom, Hinterkopfweg, rechtsseitiges lumbospondylogenes Syndrom, neurovegetative Beschwerden (anamnestisch), neuropsychologische Funktionsstörungen und Schwindel. Zu dem sei noch eine vorbestehende Migräne, teils mit Aura, vorhanden; seit dem Unfall sei es zu keiner Attackenhäufung gekommen.

### **E. 3.4**

Dr. F.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrem Bericht vom 7. Januar 2009 (Urk. 10/60) dahingehend, dass die Gefahr einer Invalidisierung bestehe. Die Symptomatik habe im Verlauf eher zugenommen. Die Beschwerdeführerin entwickle zusätzlich zu den Folgen des Schleudertraumas zunehmend eine Angstsymptomatik mit Meideverhalten und sekundärer Depression. Allerdings könne auf eine Besserung gehofft werden: Die Beschwerdeführerin sei jung und bis zum Unfall psychisch gesund gewesen. Es seien keine wesentlichen psychosozialen Belastungen bekannt.

### **E. 3.5**

Prof. Dr. G.\_\_\_\_ beurteilte am 6. Februar 2009 die Resultate der durchgeführten MRI-Untersuchung des Schädels folgendermassen (Urk. 10/98): „Normales Schädel-MRI, keine strukturellen Veränderungen.“

### **E. 3.6**

Am 26. August 2009 berichtete Dr. D.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über diffuse zervikale und zervikothorakale Beschwerden mit Kopfschmerzen, Schwindel und Konzentrationsstörungen klage. Die Beschwerden hätten sich in den letzten sechs Monaten kaum verändert. Die depressive Verstimmung habe sich trotz der Behandlung mit Antidepressiva eher verstärkt. Eine stationäre Behandlung sei nicht sinnvoll, da die Beschwerdeführerin praktisch keine Anwendungen vertrage. Er denke, dass sie auf einen intensiven Reha-Aufenthalt physisch und psychisch negativ reagieren würde. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 10/88).

### **E. 3.7**

PD Dr. H.\_\_\_\_ hielt am 3. November 2009 folgende Beurteilung fest (Urk. 10/97): „Initiale Chondrosis

intervertebralis bei LWK 5 / SWK 1 mit umschriebenem dorsomedialen Faserringeinriss, klinisch minderrelevant imponierend, da keine relevante Höhenminderung, keine signifikante recessale oder neuroforaminale Einengung. Keine Gefügestörung bei Zustand nach Autounfall im Jahre 2008. Keine Spinalkanalstenose. Zusammenfassend initiale degenerative Veränderungen, aber kein sicheres bildmorphologisches Korrelat für ein höhergradiges lumbales Schmerzsyndrom.“

### **E. 3.8**

Dr. I.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrem Bericht vom 20. November 2009 (Urk. 10/100) dahingehend, dass die Beschwerdeführerin zwar über Beschwerden klage, die bei einer klassischen HWS-Distorsion vorkämen (gestörter Schlaf, undeutliches Sehen, Schmerzen im Bereich des Kopfs und des Nackens, Schwindel und Konzentrationsstörungen). Damit sei aber ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule noch nicht mit Sicherheit belegt, denn der Unfallmechanismus sei nicht klassisch gewesen. Es habe sich um eine seitliche Kollision gehandelt. Ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule sei in solchen Fällen möglich; die geklagten Beschwerden belegten ein solches aber nicht mit Sicherheit. Es sei festzustellen, dass die klinischen Befunde mit einem normalen neurologischen Status und insgesamt ohne Hartspann in der Wirbelsäule die geklagten Bewegungseinschränkungen (vor allem cervical, aber auch lumbal) nicht belegen könnten. Wahrscheinlich erreiche auch die Schmerzintensität nicht das Ausmass, dass Medikamente eingenommen werden müssten. Insgesamt bestehe nach dem Trauma kein zeitgerechter Ablauf. Die jetzige

vollständige Arbeits unfähigkeit könne nicht mit der körperlichen Symptomatik erklärt werden. Es dürften psychische, unfallunabhängige Gründe eine Rolle spielen.

### **E. 3.9**

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 4. Februar 2010 (Urk. 10/114) aus, die Beurteilung der diffusen Beschwerden falle bei multifaktorieller Problematik schwer. Sichere Hinweise für eine kardial/ rhythmogene Ursache für die Schwindelepisoden seien nicht vorhanden. Klinisch finde er eine nur diskrete orthostatische Hypo tonie, die sicher nicht alleine für die Beschwerden verantwortlich sei. Wahr scheinlich seien die Schwindelanfälle teilweise im Sinne einer vasovagalen Re aktion mit Hypotonie zu interpretieren, auch verbunden mit Hyperventilation. Zusätzlich spielten die posttraumatischen Beschwerden nach Verkehrsunfall mit einer ausgeprägten funktionellen Überlagerung eine Rolle. Auch eine erneute Verstärkung der Migräne mit Aura sei wahrscheinlich. Im Moment würde er mit weiteren kardiologischen Abklärungen zuwarten.

### **E. 3.10**

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, Dr. med. M.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Neurologie, vom J.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2010 (Urk. 10/120; nachfolgend: J.\_\_\_\_ -Gutachten) stellten folgende Diagnosen (S. 28) : Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1.

Zustand nach Verkehrsunfall (Kollision links seitlich und im Heck) vom 11.04.2008 -

HWS-Distorsion -

Keine MTBI -

Chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom cervicocephal sowie lumbal, Schwindel und Konzentrationsstörung -

Klinisch leichtes rechtsüberwiegendes Cervicalsyndrom und dis kretes Lumbovertebralsyndrom , ohne radikuläre und/oder spi nale Funktionsstörungen -

Bildmorphologisch keine relevante Pathologie in der MRT der HWS und der LWS, ebenso des Neurocraniums 2.

Leichte depressive Entwicklung (ICD-10 F32.0) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

### **E. 3.11**

Der Leitende Arzt PD Dr. med. O.\_\_\_\_ , die psychologische Assistentin lic . phil. P.\_\_\_\_ und der Neuropsychologe Dr. phil. Q.\_\_\_\_ vom R.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 29. Oktober 2010 (Bei lage zu Urk. 10/126) eine HWS-Distorsion und ein chronisches zerviko-thorako-spondylogenes Syndrom. Die neuropsychologische Untersuchung der Beschwer deführerin habe schwere kognitive Minderleistungen ergeben in den Bereichen Alertness /Aufmerksamkeitsaktivierung und zum Teil im Bereich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit. Leichte bis mittelschwere kognitive Auffällig keiten fänden sich zudem bei der selektiven Aufmerksamkeit, dem verbal- wie auch non-verbal-episodischen Lernen und bei der verbalen und figuralen Ideenproduktion. Diese Ergebnisse seien am ehesten im Rahmen einer Fatigue symptomatik zu interpretieren. Das

aktuelle kognitive Leistungsprofil sei typisch für Patienten mit chronischen Schmerzen, wie sie unter anderem nach einer erlittenen HWS-Distorsion auftreten könnten.

### **E. 3.12**

Der Dornt herapeut S.\_\_\_\_ erklärte am 27. Januar 2011, die Beschwerdeführerin sei zweimal in seiner Behandlung gewesen. Er habe diverse blockierte Halswirbel festgestellt und in die richtige Position gebracht. Ein solcher Befund sei symptomatisch bei einem unfallbedingtem Schleudertrauma. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich schon stark verbessert, aber es seien noch etwa fünf bis sieben Behandlungen notwendig (Urk. 7).

### **E. 3.13**

) – Stellung und konnten die unter verschiedenen Beurteilungen beziehungsweise ihre Einschätzungen, an denen sie festhielten, nachvollziehbar erklären. Die Gutachter legten glaubhaft dar, dass nur geringfügige klinische Befunde erhoben werden könnten. Darauf hatte aus neurologischer Sicht zuvor bereits Dr. I.\_\_\_\_ hingewiesen (vgl. Urk. 10/100 S. 9). 5.

## **E. 4**

Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

### **E. 4.2.1**

Gegen das J.\_\_\_\_ -Gutachten wandte die Beschwerdeführerin ein, dass das J.\_\_\_\_ in grosser Zahl Gutachten für die Eidgenössische Invalidenversicherung erstelle, von dieser wirtschaftlich abhängig sei und deshalb der Anspruch auf ein faires Verfahren gemäss Art. 6 Abs. 2 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) verletzt sei (Urk. 1 S. 6). Hinsichtlich dieser geltend gemachten wirtschaftlichen Abhängigkeit ist festzuhalten, dass eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keinen Befangenheitsgrund darstellt. Daran hat das Bundesgericht trotz gelegentlich in Rechtschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, könne nicht unparteiisch sein, festgehalten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_900/2009 vom 18. März 2010, E. 5).

### **E. 4.2.2**

In inhaltlicher Hinsicht liess die Beschwerdeführerin rügen, dass die psychiatrische Untersuchung lediglich dreissig Minuten gedauert habe, keine fremdanamnestiche Auskünfte (etwa beim Ehemann der Beschwerdeführerin) eingeholt, keine Tests durchgeführt worden seien und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im J.\_\_\_\_ -Gutachten nicht überzeugend beziehungsweise widersprüchlich sei (Urk. 1 S. 6 ff.). Auch insoweit sind die vorgebrachten Rügen nicht stichhaltig. Die psychiatrische Untersuchung dauerte nach Auskunft des Gutachters etwa eine Stunde (Urk. 15 S. 2). Es kann offen bleiben, ob die Untersuchung dreissig Minuten oder eine Stunde gedauert hat. In beiden Fällen erscheint das zwar tatsächlich etwas knapp zu sein. Nach der Praxis (vgl. anstatt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_664/2009 vom 6. November 2009, E. 3 mit Hinweisen) kommt es aber für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Angesichts dessen, dass vorliegend offensichtlich

keine besonders schwierigen psychiatrischen Fragestellungen zu beantworten waren, erscheint die Auffassung von Dr. M.\_\_\_\_, dass die Explorationsdauer ausreichend war, nachvollziehbar (vgl. Urk. 15 S. 2). Zu beachten ist sodann, dass im J.\_\_\_\_-Gutachten (gerade im psychiatrischen Teil) umfangreiche Aussagen der Beschwerdeführerin wiedergegeben werden (vgl. Urk. 10/120 S. 14-18). Damit ist erstellt, dass der Gutachter die Beschwerdeführerin umfassend befragt und gleichzeitig untersucht hat. Das zuvor Ausgeführte gilt entsprechend für den Verzicht auf fremdanamnestic Erhebungen und auf die Durchführung von Tests (vgl. Urk. 15 S. 2); darauf durfte angesichts der Umstände verzichtet werden. Auch die Rüge, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im J.\_\_\_\_-Gutachten widersprüchlich sei, ist nicht fundiert. Spätestens seit dem Schreiben der J.\_\_\_\_-Gutachter vom 28. Januar 2011 (Urk. 15) ist klar, dass die Gutachter von einer gesamthaften Arbeitsunfähigkeit von 20 % ausgingen. Dass die attestierten Einschränkungen aus psychischen und neurologischen Gründen nicht additiv zu verstehen waren, ergab sich bei objektiver Betrachtung aber bereits aus dem Gutachten (vgl. Urk. 10/120 S. 30): „Gesamtmedizinisch ist somit fest zu halten, dass der Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer vergleichbaren Arbeit eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Ganztagespensum attestiert werden kann. Genaue Aussagen, ab wann diese Einschätzung Gültigkeit hat, lassen sich nicht machen. Aus der Erfahrung ist jedoch davon auszugehen, dass unseres Erachtens nach spätestens 6 Monaten eine entsprechende Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Diese Einschätzung ist durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt.“ Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bestand bereits damals kein Zweifel, wie hoch die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit insgesamt schätzten.

### **E. 4.3**

Aus dem Gesagten folgt, dass – entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin – kein Grund ersichtlich ist, weshalb nicht auf den Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ sowie das J.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden könnte; namentlich sind die oben in E. 1.4 wiedergegebenen, von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erfüllt.

Der Beschwerdeführerin ist zuzustimmen, dass den von ihr geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen im Bericht des R.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2010 (Urk. 10/126) ein stärkerer Einfluss auf die Leistungsfähigkeit zugeschrieben werde, als dies Dr. I.\_\_\_\_ und die J.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. L.\_\_\_\_, Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_, taten. Die J.\_\_\_\_-Gutachter nahmen dazu – wie ausgeführt (vgl. E.

### **E. 5**

Bekanntes Foramen ovale apertum

#### **E. 5.1**

Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 E. 3.9) zutreffend ausführte, ergibt sich aus dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 20. November 2009 (Urk. 10/100) nachvollziehbar, dass der sogenannte medizinische Endzustand (spätestens) anlässlich der Exploration vom 28. Oktober 2009 erreicht worden war. Dr. I.\_\_\_\_ hielt denn auch fest, dass die Besserung seit längerer Zeit stagniere. Als Therapievorschlüsse nannte sie einzig eine langsam aufbauende medizinische Trainingstherapie sowie die Einnahme von antidepressiven Medikamenten. Auch im J.\_\_\_\_-Gutachten wurden ausser einer muskulären Aufbau- und einer psychiatrischen Therapie (auch medikamentös) keine weiteren Vorschläge gemacht (vgl. Urk. 10/120 S. 30). Angesichts dieser Umstände ist es nicht zu

beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vom Erreichen des sogenannten medizinischen Endzustandes ausging (vgl. Urk. 2 E. 3.9). Eine namhafte Besserung war durch die vorgeschlagenen Therapien nicht zu erwarten und ist im Übrigen – soweit ersichtlich – auch nicht eingetreten.

### **E. 5.2**

Aus den oben in E. 3.2 -13 wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen und dass diese Störungen jedoch auf keinem organischen Korrelat basieren. Letzteres ist insbesondere durch die diversen bildgebenden Abklärungen belegt, die stets zu unauffälligen Befunden führten (vgl. Urk. 10/97-98). Dr. I. \_\_\_ sprach von einem normalen neurologischen Status (Urk. 10/100).

### **E. 5.3**

Zwischen den Parteien ist umstritten, ob zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 11. April 2008 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Angesichts der vorliegenden Gesundheitsbeschwerden (typische Beschwerden) und des Umstandes, dass (abgesehen von Dr. I. \_\_\_ ) stets ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert wurde, ist nach der in E. 1.2.2 wiedergegebenen Praxis in der Regel vom Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Im vorliegenden Fall ist dieser Schluss jedoch gewissen Zweifeln ausgesetzt, nachdem Dr. I. \_\_\_ darauf hingewiesen hat, dass der Unfallmechanismus ihres Erachtens nicht „klassisch“ gewesen sei. Es habe sich um eine seitliche Kollision gehandelt. Ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule sei in einem solchen Fall zwar möglich, die geklagten Beschwerden belegten das aber nicht mit Sicherheit (Urk. 10/100 S. 8 f.).

### **E. 5.4**

Die Beschwerdegegnerin erkannte zutreffend, dass aufgrund der vorhandenen Akten die Frage nach der natürlichen Kausalität nicht schlüssig, mithin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beantwortet werden kann (Urk. 2 E. 3.8). Auf weitere diesbezügliche Abklärungen durfte die Beschwerdegegnerin jedoch verzichten, weil – wie sogleich zu zeigen sein wird – zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 11. April 2008 jedenfalls kein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 6. 6. 1

Im Rapport der Stadtpolizei T. \_\_\_ vom 7. Mai 2008 (Urk. 10/22) wird der Verkehrsunfall vom 11. April 2008 folgendermassen geschildert (siehe auch die in Urk. 10/22 enthaltene Fotodokumentation): X. \_\_\_ fuhr mit ihrem Fahrzeug auf der U. \_\_\_ von T. \_\_\_ herkommend in Richtung V. \_\_\_ . [Sie musste] ihr Fahrzeug in der Kolonne anhalten. In der Folge wollte sie mit dem Fahrzeug aus der Kolonne hinaus fahren und auf den linken Fahrstreifen wechseln. Dabei kollidierte sie anschliessend mit dem von hinten kommenden Fahrzeug [...].

Gestützt auf diese Sachverhaltsschilderung und insbesondere auch auf die Fotodokumentation der Stadtpolizei T. \_\_\_ (Urk. 10/22) ist das Unfallereignis am ehesten den mittelschweren Unfällen zuzuordnen (vgl. auch die unfalltechnische Expertise der Beschwerdegegnerin [Urk. 10/94]). Ob dabei von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen ist, was sowohl die genannte Fotodokumentation als auch die unfalltechnische Expertise nahelegen, kann vorliegend

offen bleiben, da die Adäquanz – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – auch zu verneinen wäre, wenn von einem mit telschweren Unfall im engeren Sinne auszugehen wäre.

Bei Unfällen im mittelschweren Bereich im engeren Sinne müssen praxisgemäss mindestens drei Adäquanzkriterien in einfacher Form oder aber eines in besonderer ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen ist (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_434/2012 vom 21. November 2012 E. 7.2.3 mit Hinweis auf SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C\_897/2009 E. 4.5). 6.2

Das Unfallereignis vom 11. April 2008 war weder besonders dramatisch noch besonders eindrücklich. Es handelte sich vielmehr um einen alltäglichen Verkehrsunfall. Die erlittenen Verletzungen waren nicht schwer oder von besonderer Art (vgl. E. 3.2 -13 ). Es fand auch keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung statt. Die Behandlungen (im Wesentlichen physio- und psychotherapeutische sowie alternativmedizinische Massnahmen) überstiegen nicht das in solchen Fällen übliche Mass. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung sind nicht ersichtlich. Der Heilverlauf war nicht schwierig; es traten keine Komplikationen auf. Auch das Kriterium „erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen“ ist nicht gegeben. Gestützt auf den Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ (Urk. 10/100) und das J.\_\_\_\_ -Gutachten (Urk. 10/120 und Urk. 10/126) ist dies zu verneinen. Wesentliche Anstrengungen, sich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren (Arbeitsversuche), hat die Beschwerdeführerin (auch gemäss eigenen Angaben [Urk. 1 S. 9]) nicht unternommen. Bis zu einem gewissen Grad ist jedoch das Kriterium „erhebliche Beschwerden“ erfüllt. Das reicht jedoch nicht aus, um die Adäquanz zu begründen.

## **E. 6**

Multifaktorieller Schwindel [...]

### **E. 6.3**

Daraus folgt, dass – selbst wenn natürlich-kausale Unfallfolgen vorlägen und der Unfall dem mittelschweren Bereich im engeren Sinne zuzuordnen wäre – die Adäquanz zu verneinen wäre. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons

**E. 7**

Anamnestisch Migräne mit Aura

**E. 8**

Adipositas

Die Beschwerdeführerin habe den erlittenen Autounfall wohl in dem Sinne fehl verarbeitet, dass sie unter Ängsten zu leiden begonnen habe, insbesondere durch die aufgetretenen körperlichen Beschwerden. Es gelinge ihr nicht mehr, selbständig Auto zu fahren. Diese Anpassungsstörung dauere an. Aufgrund der Dauer dieser Störung müsse mittlerweile eine depressive Entwicklung angenommen werden. Es sei aber von einer leichten depressiven Störung auszugehen, denn die objektivierbaren Befunde seien recht gering (subdepressive Stimmungslage, allgemeine Verunsicherung und Gehemmtheit). Es zeigten sich auch Hinweise auf eine generalisierte Angststörung. Die Beschwerdeführerin habe grosse Mühe unter Menschen, insbesondere wenn sie in die Stadt gehe oder Läden aufsuche. Sie leide dann unter diffusen Beschwerden wie Übelkeit, Schwindel und einem Gefühl, den Boden unter den Füßen zu verlieren. Diese Angststörung störe sie allerdings im Alltag nicht besonders, da sie derartigen Situationen kaum ausgesetzt sei. Es zeigten sich auch Hinweise auf eine leichte Kontrollstörung; sie kontrolliere Türen und den Herd öfters. Subjektiv fühle sie sich vor allem durch die körperlichen Beschwerden und die schnelle Erschöpfbarkeit mit kognitiven Einschränkungen beeinträchtigt. Es könne angenommen werden, dass sich die depressive Störung gebessert habe; es sei aber noch keine Remission eingetreten. Insgesamt müsse von einer ängstlich-depressiven Fehlentwicklung ausgegangen werden, wobei das Ausmass als leicht zu bezeichnen sei. Das subjektive Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne demnach aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Es könne zwar begründet werden, dass die Beschwerdeführerin etwas vermindert belastbar sei, doch sollte sie grundsätzlich in der Lage sein, die angestammte Arbeit im bisherigen Pensum zu leisten (S. 19 f.).

Aufgrund der depressiven Störung bei unsicherer Persönlichkeit sei allenfalls noch eine verringerte Belastbarkeit zu begründen, wodurch sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 20% - bezogen auf eine ganztägige Arbeit - begründen lasse. Es sollte der Beschwerdeführerin daher aus psychiatrischer Sicht durchaus möglich sein, die bisherige 50%ige Tätigkeit als Pflegehilfe auszuüben und daneben auch noch stundenweise als Spitexangestellte tätig zu sein. Es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb Dr. F.\_\_\_\_ im Januar 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen habe (S. 21). Auch aus neurologischer Sicht könne die seit dem Unfall vom 11. April 2008 geltend gemachte vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde als auch gestützt auf die übrigen Akten, namentlich die Ergebnisse der MRI-Untersuchungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, nicht begründet werden. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin in den angestammten Tätigkeiten als Arztgehilfin und Spitexmitarbeiterin eine Arbeitstätigkeit von 80% zumutbar. Im Prinzip könne sie vollschichtig arbeiten; angesichts des leichten Cervical- und Lumbovertebralsyndroms sei von einer Leistungsminde rung von 20% auszugehen (S. 27). Gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten wie auch in einer vergleichbaren Arbeit eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Ganztagespensum zu attestieren sei. Genaue Aussagen, ab wann diese Einschätzung

Gültigkeit habe, liessen sich nicht machen. Erfahrungsgemäss sei jedoch anzunehmen, dass dies spätestens sechs Monate nach dem Unfall gewesen sei. Diese Einschätzung sei durch alle am Gutachten beteiligten Ärzte gemeinsam erfolgt (S. 30) .

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