

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00291 vom 28. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00291](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00291)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00291 du 28 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00291 del 28 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1968 geborene, über ein ausländisches Wirtschaftsdiplom verfügende X.\_\_\_\_ arbeitete beim Y.\_\_\_\_ zu einem Pensum von 50

bis 60 % im Bereich der Degustation von Speisen. Daneben war sie noch für andere Arbeitgeber tätig ( Urk. 11/4, 11/28-29) .

Am 18. Mai 2009 wurde X.\_\_\_\_ als Fussgängerin von einem Personen wa gen erfasst. Sie erlitt nebst einem Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri zahl reiche Verletzungen im Bereich der rechten Schulter, des Thorax und des Beckens (Urk. 11/1-2, 12/2). Die Schulterfraktur wurde gleichentags im Z.\_\_\_\_ mittels Plattenosteosynthese repositioniert (Urk. 12/

### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mäs sige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts , ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent in valid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ange messene Integritätsent schädigung , wenn sie durch den Unfall eine dauer nde erhebliche Schädigung der körperlichen , geistigen oder psychischen Integrität erleidet.

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behand lung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet wer den kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abge schlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Tag geldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Inva lidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht . Bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche, Kausalität weitgehend mit der natürlichen und die Adäquanz hat gegenüber dem natürlichen Kausalzu sammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Insbesondere bei psy cho genen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem

Schleudertrauma der HWS, einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma ist die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung hingegen zu prüfen (BGE 128 V 172 E. 1c, 118 V 291 E. 2a, mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 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 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzung der Halswirbelsäule oder Schädelhirntrauma. Ist eine derartige Verletzung diagnostiziert und liegt ein dafür 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 Begriffs Umschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 E. 4b).

### **E. 1.4**

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, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder eines Schädelhirntraumas 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123

V 102 E. 3b, 122 V 417 E. 2c).

Danach

ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbs unfähigkeit 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 einzu beziehen sind. Je nach dem, 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.

### **E. 1.5**

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 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Der zuständige Unfallversicherer, die AXA

Versicherungen AG, bei der X.\_\_\_\_ über den Y.\_\_\_\_ im Rahmen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) versichert war, stellte nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 11. August 2011 (Urk. 12/37a-d)

mit Verfügung vom 28. November 2011 ihre Taggeld- und Heilbehandlungskostenleistungen per 31. Oktober beziehungsweise 31. Dezember 2011 ein und lehnte eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung ab (Urk. 11/70). Darauf hielt er mit Einspracheentscheid vom 16. November 2012 fest (Urk. 2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin klagte bei der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Begutachtung in der A.\_\_\_\_ im August 2011 über Belastungsabhängige, sich gegen das Wochenende hin verstärkende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des Beckens und der Hüfte, ferner über chronische Nacken- und Hinterkopfschmerzen, rechtsseitige thorakale, entlang des Rippenbogens auftretende Schmerzen und einen diffus verteilten „Brustdruck“; wegen des Zustandes nach den Rippenbrüchen könne sie manchmal nicht einatmen und habe ohne Physiotherapie ein Erkältungs- und Engegefühl. Die Schulterschmerzen stünden im Vordergrund; sie würden bei ihrer Tätigkeit in der Degustationsküche beim Gemüse rüsten oder Zitronen pressen betont; beim Tragen von Gegenständen strahlten sie bis zum Nacken aus. Auch bestünden Einschlafgefühle am Daumen und Zeigefinger rechts. Die Schmerzen im Beckenbereich strahlten nach zirka 30-minütigem Gehen bis zum Fuss aus und es trete ein Ameisenlaufen bis zur Grosszehe auf. Die Gleichgewichtstörungen nach dem Unfall hätten in zwischen gebessert, sie sehe

aber immer noch „Fliegen“ im Auge und leide seit dem Unfall des Öfteren unter Halbseiten-Kopfschmerzen rechts, zudem unter Müdigkeit und Ängsten, wieder von einem Auto angefahren zu werden, ihren Mann oder die Orientierung zu verlieren oder dem Unfallverursacher zu begegnen. Auch Berichte über Unfälle im Fernsehen oder in Zeitungen würden Ängste auslösen. Sie habe daher den Drang, alles zu kontrollieren, und ausgeprägte Alpträume. Diese wie auch die Schmerzen und Ängste führten dazu, dass sie nach zwei bis drei Stunden Schlaf erwache und grosse Schwierigkeiten habe, wie der einzuschlafen. Seit Oktober 2009 stehe sie in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Sie arbeite nur am Vormittag jeweils 4 Stunden in der Degustationsküche. Nachmittags gehe sie zur Physiotherapie oder Psychotherapie und müsse sich wegen der Schmerzen erholen (Urk. 12/37b S. 2 ff., 4, Urk. 12/37d S. 2

f.).

### **E. 2.2**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung bis auf einen etwas verstärkten Rededrang, der jedoch zu unterbrechen sei und inhaltlich die reale Ebene nicht verlasse, keine psychopathologischen Auffälligkeiten, insbesondere keine depressive Symptomatik, fest. Anamnestisch würden glaubhaft Ängste beschrieben, des Weiteren Alpträume ohne Bezüge zu einer realen Lebenssituation und Kontrollzwänge. Anhalte für eine Aggravation oder Bagatellisierung der psychischen Symptomatik ergäben sich nicht; die Beschwerdeschilderung sei glaubhaft, authentisch und nachvollziehbar (Urk. 12/37d S. 10, 14). Auf Grund der von der behandelnden Psychotherapeutin beschriebenen, von der Explorandin bestätigten und von ihm als glaubhaft beurteilten Symptome wie Flashbacks, Alpträume, Vermeidungsverhalten, Zwangsvorstellungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Verlustängste und Rückzugstendenz diagnostizierte der Gutachter eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F34.1; richtig: F43.1), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Seit Oktober 2009 stehe das psychische Beschwerdebild im Vordergrund (Urk. 12/37d S. 11, 16). Doch sei die Versicherte dank der Psychotherapie nun wieder in der Lage, während vier Stunden pro Tag zu arbeiten. Die von ihr gewünschte Pensumserhöhung auf die vor dem Unfall innegehabten 60 % sei unter Weiterführung der Psychotherapie per sofort möglich, weshalb von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Qualitative oder quantitative Einschränkungen seien aus seiner Sicht im Lichte des aktuellen Befunds nicht mehr mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gegeben. Trotz der unbestrittenen Restsymptomatik sei eine tägliche Arbeitsleistung von 8,5 Stunden in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Degustationsküche beziehungsweise Reinigungsangestellte zumutbar. Die Zeiten zur Wahrnehmung der Psychotherapie und Physiotherapie sollten gewährleistet sein (Urk. 12/37d S. 12 f., 17). Zur Frage der Kausalität erklärte Dr. B.\_\_\_\_, obwohl die Symptomatik nicht unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sei, bestehe angesichts der Anamnese (Schwere des Traumas, Symptomentwicklung) ein hinreichend plausibler kausaler Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall als auslösendes traumatisches Erlebnis (Urk. 12/37d S. 12, 15 f.).

### **E. 2.3**

Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erhob im Schultergelenk ein persistierendes leichtes Aussenrotationsdefizit im Schulterbereich beziehungsweise Beschwerden der in physiologisch anatomischer Stellung ausgeheilten

Humerusfraktur und Restbeschwerden seitens des rechten Sakrums . Die über dem AC-Gelenk bis in die Nackenregion respektive in den Vorderarm ausstrahlenden, mit diffusen Parästhesien verbundenen Beschwerden liessen sich mangels elektroneurographischer Hinweise für eine Neurokompression am ehesten mit der länger andauernden postoperativen glenohumeralen Beweglichkeitseinschränkung und einer damit verbundenen kompensatorischen Überlastung des AC-Gelenkes erklären. Sie könnten allenfalls mittels Infiltration des AC-Gelenkes unter Röntgenkontrolle vermindert werden. Die Beschwerden im Bereich des vorderen Schultergelenks-Kompartimentes auf der Höhe des Sulcus respektive der Narbe liessen sich kernspintomografisch nicht verifizieren. Vermutlich sei der Endzustand erreicht, da nach dem zweimaligen Eingriff von Adhäsionen im Narbenbereich ausgegangen werden müsse, die sich durch medizinsische Massnahmen vermutlich nicht wesentlich verbessern liessen. Bezüglich der Beschwerden im rechten Sakrum könnte gegebenenfalls eine diagnostische und therapeutische Infiltration unter CT-Kontrolle erfolgen. Die geklagten Restbeschwerden, die überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 18. Mai 2009 stünden, seien jedoch als gering einzustufen und wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus (Urk. 12/37a S. 11 ff.). Die eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei möglicherweise auf sekundäre Verspannungen, ausgelöst durch eine Fehlhaltung und -beanspruchung im Rahmen der Schultergelenksproblematik, zurückzuführen. An der Halswirbelsäule besteht eher kein unfallbedingtes pathologisches Korrelat (Urk. 12/37a S. 15).

Zur Arbeitsfähigkeit erklärte Dr. C.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführerin angesichts der Leichtgradigkeit des noch zu erhebenden Defektsyndroms - eine leichte Einschränkung der globalen und glenohumeralen Beweglichkeit des Schultergelenkes - leichte und mittelschwere Tätigkeiten, insbesondere unter der Horizontalebene des Schultergelenkes (90°-Abduktion), zu 100 % gantztägig möglich seien. Dabei sollten Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, insbesondere in der Armvorhalteposition und bei Arbeiten über der Horizontal ebene (entsprechend über Brust-/Kopfhöhe), eher vermieden werden. Das Handtieren sowie leichte und mittelschwere Tätigkeiten wie auch feinmotorische Arbeiten seien uneingeschränkt möglich, vor allem in Lendenhöhe. Auch grob manuelle Tätigkeiten seien möglich, jedoch unter Einhaltung der beschriebenen Gewichtslimiten . Eine Einschränkung der Handrotation bestehe nicht. Die bisherige Arbeit in einer Degustationsküche könne somit ebenso wie jede andere Tätigkeit unter Beachtung der genannten Einschränkungen wieder zu 100 %, das heisst zu täglich 8,5 Stunden, ausgeübt werden. Denkbar seien aufgrund der Ausbildung Bürotätigkeiten, Telefondienste oder Überwachungsarbeiten. Als Reinigungsangestellte sei die Versicherte hingegen nur noch zu 50 % arbeitsfähig, da diese Tätigkeit teilweise mit Heben und Tragen schwerer Gegenstände (Wassereimer, Staubsauger), Arbeiten über der Horizontalebene (Fensterputzen, Reinigen von Oberschränken) und Arbeiten mit erhöhtem Kraftaufwand (Bodenreinigung) verbunden sei. Gegebenenfalls könne durch weitere Physiotherapie eine gezielte Verbesserung der glenohumeralen Beweglichkeit erreicht werden und durch eine röntgengesteuerte Infiltration des Akromioklavikulargelenks rechts eine zusätzliche Verbesserung der Symptomatik erzielt werden mit vermutlich positiver Auswirkung auf die Armvorhalteposition respektive Überkopfarbeiten (Urk. 12/37b S. 16 ff.).

#### **E. 2.4**

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, fand bei seiner gutachterlichen Abklärung keinen Hinweis auf eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren

Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen. Die Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks und der rechten Hüft- und Thorakalregion seien nicht neurogen, sondern orthopädisch zu bewerten. Die vorgetragene Kopfschmerzsymptomatik sei unspezifisch und klassifikatorisch nicht sicher zuzuordnen; differentialdiagnostisch sei ein Spannungskopfschmerz zu erwägen. Angesichts der Hinweise auf eine bewusste, nahe Aggravation (deutliche Diskrepanz zwischen der anamnestisch vorgetragenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck) und der Medikamentenanamnese, die differentialdiagnostisch auf einen Analgetikakopfschmerz hindeute, seien Ausprägung und Krankheitswertigkeit der beklagten Schmerzsymptomatik zweifelhaft, weshalb keine behindernde Gesundheitsstörung attestiert werden könne. Zu empfehlen sei eine schrittweise Entgiftung, bei Fortbestehen von Beschwerden ein Behandlungsversuch mit einem Trizyklikum. Angesichts der anamnestischen Daten und der Akten sei eine unfallbedingte relevante Kopfverletzung beziehungsweise ein Schädelhirntrauma nicht wahrscheinlich. Die ursprünglich diagnostizierte minimal traumatische

brain

injury sei bestenfalls spekulativ. Eine solche wäre jedenfalls als leichtgradig zu klassifizieren. Die epidemiologische Evidenzlage zu leichtgradigen Schädelhirntraumen ergebe keine Belege für hieraus biologisch plausibel ableitbare dauerhafte zerebrale Störungen. Prospektive Studiendaten sprächen viel mehr gegen eine derartige Annahme. Klinische Hinweise für eine kognitive Störung lägen nicht vor. Das Unfallereignis sei angesichts der fehlenden Hinweise für ein relevantes Schädelhirntrauma, der seinerzeitigen zeitnahen Erstbefunde ohne Anhalt für eine relevante zerebrale Störung und des aktuellen klinischen Befundes nicht geeignet, eine dauerhafte zerebrale Störung biologisch plausibel zu begründen. Da neuropsychologische Untersuchungen durch unbewusste, vorbewusste und bewusste Faktoren (Depression, Angst, Aggravation, Simulation, Täuschung) erheblich stöbar seien und die hieraus resultierenden Artefakte methodisch bislang unzureichend differentiell abgegrenzt worden seien, komme ihnen kein eigenständiger diagnostischer Wert zu und seien die Ergebnisse nur im Licht der klinischen Befunde sinnvoll interpretierbar. Da bei der Versicherten im Rahmen der psychiatrischen Vorbehandlungen depressive Störungssymptome erwogen worden seien, würden allfällige testpsychologische Daten in keinem Fall eine hirnorganische Beeinträchtigung zu belegen vermögen (Urk. 12/37c S. 16 ff.).

### **E. 2.5**

Die Gutachter kamen in der Konsensbeurteilung vom 11. August 2011 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig sei. Entsprechend den Ausführungen im orthopädischen Gutachten bestehe lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/37a ). 3.

### **E. 3**

Es sei ein gerichtliches Gutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie beziehungsweise Neuropsychologie anzuordnen.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge, zuzüglich 8 % MwSt., zulasten der Beschwerdegegnerin.

Am 5. Februar 2013 reichte die Versicherte Arztberichte nach ( Urk. 8-9). Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2013 schloss die AXA Versicherungen AG auf Beschwerdeabweisung (Urk. 10). In der Replik vom 23. April 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest (Urk. 15). Die Beschwerde gegnerin teilte am 30. Mai 2013 mit, sie verzichte auf eine Duplik (Urk. 20). Davon wurde der Beschwerdeführerin am 3. Juni 2013 Kenntnis gegeben (Urk. 21). Am 24. Februar 2014 reichte deren Anwalt seine Honorarnote ein ( Urk. 22, 23).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin geht aufgrund dieser gutachterlichen Beurteilung davon aus, dass keine neurologischen Befunde vorhanden seien und die übrigen von der Humerusfraktur , vom Thoraxtrauma , Becken- und Abdominaltrauma

her rührenden Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr rechtfertigten. Auch aufgrund der noch bestehenden unfallbedingten posttraumatischen Belastungsstörung liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Diese sei zudem nicht dauerhafter Art. Die Beschwerden nicht organischer Art würden überdies nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall stehen.

### **E. 3.2**

Das Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ überzeugt jedoch bezüglich der Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation nicht. Dies gilt namentlich für die Gesamtbeurteilung, die sich auf die Bestätigung der von allen Teilgutachtern bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit beschränkt und auf das aus orthopädischer Sicht bestehende Anforderungsprofil verweist. Die Zumutbarkeitsbeurteilungen der einzelnen Fachgutachter sind nämlich zum Teil in sich widersprüchlich und einzelne für die Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation massgebende Aspekte werden darin unterschiedlich oder nicht überzeugend beurteilt.

So steht die vom Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ attestierte vollumfängliche Arbeitsfähigkeit bei einem täglichen Pensum von 8,5 Stunden (Urk. 12/37d S. 17) in einem gewissen Widerspruch zu den

Äusserungen

dieses Gutachters , es

spreche nichts dagegen, wenn die Versicherte ihren Arbeitseinsatz bei der Y.\_\_\_\_ wieder auf das angestammte Pensum von 60 % erhöhe (Urk. 12/37 S. 12), und bei einer vollen Arbeitsleistung von täglich 8,5 beziehungsweise wöchentlich 42 Stunden sollte die Wahrnehmung der Psycho- und Physiotherapie zeitlich gewährleistet sein (Urk. 12/37d S. 17).

Während für die von Dr. B.\_\_\_\_ bis zum Explorationszeitpunkt attestierte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit unter anderem massgebend war, dass Anhaltspunkte für eine Aggravation der psychischen Symptomatik fehlten und die Beschreibung glaubhaft, authentisch und nachvollziehbar war (Urk. 12/37d S. 14), ist im neurologischen Gutachten von einer bewussten nahen Aggravation die Rede und wird deshalb die Ausprägung und Krankheitswertigkeit der beklagten Schmerzsymptomatik bezweifelt (Urk. 12/37c S. 16). Aus dem Gutachten geht nicht hervor, dass dieser Widerspruch im Rahmen der Gesamtbeurteilung entsprechend den Gepflogenheiten bei einer polydisziplinär

nären Expertise (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 87/04

vom 13. Juli 2004

E.

3 mit Hinweisen) diskutiert und geklärt worden wäre.

Der neurologische Gutachter Prof. Dr. D.\_\_\_\_ scheint die bewusstseinsnahe Aggravation mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen der anamnestisch vorgetragenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck zu begründen (Urk. 12/37c S. 12). Allerdings schilderte die Versicherte die Schmerzen vor allem als belastungsabhängig (Urk. 12/37b S. 2, Urk. 12/37d S. 2), und der Gutachter legt nicht dar, inwiefern sie im Rahmen seiner Untersuchungen Belastungen ausgesetzt war. Abgesehen vom Hinweis auf das flüssige Gangbild sowie das zügige und geschickte An- und Auskleiden (Urk. 12/37c S. 12) substantiierte er auch nicht, welche der beobachteten Verhaltensweisen ihn zur Annahme von Aggravation führten. Insofern genügte er seiner Aufgabe als Gutachter nicht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012

vom 11. Mai 2012 E. 5). Schon aus diesem Grund bleiben daher nicht nur bezüglich der von ihm bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit, sondern auch bezüglich seiner neurologischen Beurteilung als solche erhebliche Zweifel bestehen, zumal Prof. Dr. D.\_\_\_\_ auch den Verzicht auf eine neuropsychologische Abklärung unter anderem mit der bei Aggravation beeinträchtigten Zuverlässigkeit der neuropsychologischen Testresultate begründete.

Gegen die Qualität des neurologischen Gutachtens spricht schliesslich auch der Umstand, dass

von einer neuropsychologischen Abklärung vor allem deshalb abgesehen wurde, weil im Falle der Beschwerdeführerin die Ergebnisse einer derartigen Abklärung angesichts der im Rahmen der Vorbehandlungen erregenen psychiatrischen Diagnose mit depressiven Störungssymptomen in keinem Fall als Beleg einer hirnorganischen Beeinträchtigung verwertbar wären (Urk. 12/37c S. 17 f.).

Es finden sich in den vorhandenen medizinischen Akten jedoch überhaupt keine Anhaltspunkte auf eine in Betracht gezogene depressive Symptomatik, und auch

Prof. Dr. D.\_\_\_\_

führte dazu keine

konkreten Beleg an. Da von abgesehen erweist sich sein Teilgutachten auch insofern als unzuverlässig, als er festhält, eine unfallassoziierte Bewusstlosigkeit werde negiert (Urk. 12/37c S. 4), und die ursprünglich diagnostizierte minimal traumatic

brain

injury „als bestenfalls spekulativ“ beurteilt (Urk. 12/37 S. 27). Diese Aussagen stehen nicht nur im Widerspruch zur Angabe des Gutachters Dr. B.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei im Rahmen des Unfalls bewusstlos gewesen (Urk. 12/37d S. 11), sondern auch zu der von den erstbehandelnden Ärzten des Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Mai 2009 bezüglich des Unfalls festgehaltenen Amnesie (Urk. 12/2 S. 1) und zu den Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, im Bericht vom 12. Januar 2010, die Beschwerdeführerin erinnere sich nicht mehr an den Zusammenprall mit dem

Personenwagen, der Tag nach dem Unfall fehle in ihrem Gedächtnis und sie könne sich an die drei Tage auf der Intensivstation nur bruchstückhaft erinnern (Urk. 12/9 S. 1). Angesichts der rechtzeitig festgestellten Amnesie, des Unfallhergangs - die Beschwerdeführerin war durch die Kollision mit dem Personenwagen durch die Luft geschleudert worden (Urk. 11/1/4 S. 7, 9) - und des von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnten, im Schädel-CT sichtbar gewesenen kleinen Galeahämatoms rechts occipital (vgl. Urk. 12/9 S. 1) reichen die eher allgemein gehaltenen Überlegungen des neurologischen Gutachters betreffend Klassifikation und epidemiologische Evidenzlage von Schädelhirntraumen (Urk. 12/37 c S. 17, 27) zum Ausschluss weiterbestehender Folgen der ursprünglich diagnostizierten Commotio cerebri (Urk. 12/2 S. 1) jedenfalls nicht aus.

Was das orthopädische Teilgutachten anbelangt, so beschränkt es sich im Wesentlichen auf die im Bereich des rechten Schultergelenks bestehende und als nachvollziehbar bezeichnete Restsymptomatik. Gutachter Dr. C.\_\_\_\_

setzt sich weder mit den von der Versicherten im Becken- und Thoraxbereich geltend gemachten Beschwerden noch mit den im Hüftgelenk erhobenen Befunden auseinander. Namentlich die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Gehbehinderungen bleiben unkommentiert (Urk. 12/37b S. 2). Insofern vermag auch Dr. C.\_\_\_\_ seine Kausalitätsbeurteilung nicht restlos zu überzeugen. Zudem ist die aus seiner Sicht bezüglich einer 100%igen Tätigkeit bei der Y.\_\_\_\_ bescheinigte volle Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar; denn diese Tätigkeit

erfüllt

jedenfalls so wie sie von der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung beschrieben wurde (Urk. 12/37b S. 2).

### **E. 3.3**

Angesichts dieser inhaltlichen Mängel erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_

namentlich hinsichtlich der organischen Unfallfolgen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht als beweiskräftig. Es kann daher nicht darauf abgestellt werden. Der angefochtene Einspruch ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Sinnvollerweise wird sie diese mit der IV Stelle, die laut Urteil vom 31. Januar 2014, IV.2012.01078, in Sachen der Beschwerdeführerin

ohnehin abzuklären zu deren effektiver Berufstätigkeit vorzunehmen und ein beweistaugliches interdisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen hat, koordinieren.

### **E. 3.4**

Das Bundesgericht hat entschieden, dass auch im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren bei der gerichtlichen Rückweisung an den Versicherungsträger zur ergänzenden medizinischen Abklärung nunmehr BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 zu beachten ist. Demgemäss ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger nur zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist. Andernfalls ist - wie von der Beschwerdeführerin beantragt -

ein Gerichtsgut achten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4 publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3 ).

Hier geht es zwar weder um die Erhebung einer bislang vollständig ungeklärten Frage noch lediglich um eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung vor handener medizinischer Akten. Doch fällt ins Gewicht, dass im parallel laufen den invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren IV.2012.01078 eine Rückwei sung erfolgte, weil diese Voraussetzungen erfüllt waren. Mit Blick auf die dort in Aussicht stehende Begutachtung rechtfertigt sich hier ausnahmsweise und nicht zuletzt aus prozessökonomischen Gründen - von der Anordnung eines Gerichtsgutachtens abzusehen, denn die Verwaltungsbehörden sind besser in der Lage, ihre Begutachtensverfahren zu koordinieren.

#### **E. 4**

.

Bei diesem Verfahrensausgang, der einem vollständigen Obsiegen der an walt lich vertretenen Beschwer deführerin gleichkommt (BGE 137 V 57 E. 2.2), hat die durch einen Anwalt vertretene Beschwer deführer in laut Art. 61 lit . g ATSG in Ver bindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsge richt ( GSVGer ) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist nach Ein sicht in die Honorarnote vom 2 4. Februar 2014 ( Urk. 23 ) - entsprechend der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeiten des Prozesses auf Fr. 2‘

#### **E. 7**

0

#### **E. 9**

. (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid

der Be schwerdegegnerin

vom 16. November 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwer degegnerin zurückgewiesen wird, damit diese über ihre Leistungspflicht ab 1. No vember 2011 be zie hungs weise 1. Januar 2012 , nach durchgeführten Ab klä run gen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozess ent schä digung von Fr. 2' 709 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - AXA Versicherungen AG unter Beilage je einer Kopie von Urk. 8-9 und Urk. 22-24 - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Be schwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bun des ge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Be weis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubCondamin

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