

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00213**

## **vom 12. Juli 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00213](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00213)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00213 du 12 juillet 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00213 del 12 luglio 2016

### **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 Un fallfolgen. 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) 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). Wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu.

#### **E. 1.2**

Bereits mit Verfügung vom 22. März 2012 (Urk. 9/K385) hatte die Helsana Unfall AG die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per 29. Februar 2012 ein gestellt, nachdem ihr von der involvierten Motorhaftpflichtversicherung (Mobi liar Versicherungen) ein Observationsbericht (vgl. Urk. 9/K379) zugestellt und dieser ärztlicherseits durch die Dres . B.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ beurteilt worden war. Zur Be gründung wurde ausgeführt, dass zwischen dem Unfall vom 12. Dezember 2009 und den nach dem 29. Februar 2012 noch bestehenden Ge sundheitsbeein träch ti gungen kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr be stehe und überdies auch die Adäquan z zu verneinen sei. Die gegen die genannte Verfügung erho bene Einsprache vom 25. April 2012 (Urk. 9/K398) wies die Helsana Unfall AG mit Entscheid vom 15. August 2013 (Urk. 2 = Urk. 9/K428) ab.

##### **E. 1.2.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Inva lidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhan densein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der glei chen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass e in Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schä di gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige 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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 Leistungs – anspruches 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 (vgl. BGE 117 V 369 E. 3e) der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentration- 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Begründung 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**

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 persönlicher Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E.

4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise 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 augenfälligen 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).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 , 1995 Nr. U 215 S. 91).

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 Kausalzusammenhanges 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 zum Beispiel 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 gehäufte 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 anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt 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).

#### **E. 1.3.4**

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 einzu beziehen 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; 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. 1.3.5**

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

### **E. 1.3.6**

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. 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

a) Eventualiter sei der Beschwerdeführerin ab 1. März 2012 durch die Beschwerdegegnerin eine UV-Rente auf der Basis eines IV-Grads von 44 %, subeventualiter von minimal 16 %, auszurichten.

b) Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung in Höhe von 30 % auszurichten.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) die Einstellung der Versicherungsleistungen per Ende Februar 2012 im Wesentlichen damit, es sei gestützt auf die medizinischen Beurteilungen erstellt, dass zum genannten Zeitpunkt der medizinische Endzustand erreicht gewesen sei. Demzufolge seien die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen eingestellt worden. Im J. \_\_\_\_ -Gutachten werde aufgrund einer leichten neuropsychologischen, schmerzbedingten Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % attestiert. Die Beschwerdegegnerin verneinte jedoch das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dieser Gesundheitsstörung und dem erlittenen Unfall vom 12. Dezember 2009. Beim fraglichen Unfall, einer frontal-seitlich versetzten Kollision, handle es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen. Deshalb müssten die massgeblichen Kriterien, um die Adäquanz zu begründen, in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein. Seien aber nicht mehr als drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt (ohne dass diese in besonders ausgeprägter oder auffallender

Weise gegeben seien), reiche dies praxis gemäss zur Adäquanzbejahung nicht aus. Bei der Prüfung der Adäquanzkriterien kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass höchstens zwei Kriterien erfüllt seien, jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise. Allenfalls seien die Kriterien „Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen“ und „fortgesetzte, spezifische, belastende ärztliche Behandlung“ bis zu einem gewissen Grad erfüllt. Selbst wenn, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, der erlittene Unfall den mittelschweren Unfällen im engeren Sinne zuzuordnen wäre und die beiden Adäquanzkriterien tatsächlich zu bejahen wären, würde dies nicht ausreichen, um die Adäquanz zu begründen. Im Übrigen hielt die Beschwerdegegnerin dafür, dass der von der Mobiliar, der zuständigen Motorhaftpflichtversicherung, in Auftrag gegebene Observationsbericht korrekt erstellt worden sei. Gestützt auf die im Observationsbericht

festgehaltenen Tätigkeiten seien die bereits vorhanden gewesenen Zweifel an den geltend gemachten Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit bestärkt worden. Die gelieferten Bilder hätten darauf schliessen lassen, dass keine Einschränkungen bestünden, auch nicht in der Arbeitsfähigkeit.

Im vorliegenden Prozess hielt die Beschwerdegegnerin an dieser Sichtweise fest. Sie erneuerte ihre Kritik am H.\_\_\_\_-Gutachten und hielt demgegenüber am J.\_\_\_\_-Gutachten beziehungsweise an den darin gezogenen Schlüssen und gemachten Einschätzungen fest. Entsprechendes gilt auch für die Beurteilung der Adäquanz (vgl. Urk. 8, 18, 20 und 31).

## **E. 2.2**

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vortragen, dass sie anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember 2009 eine leichte traumatische Hirnverletzung, eine Schädelprellung frontal links sowie Prellungen des Thorax, des linken Ellenbogens, des linken Handgelenks sowie des linken Knies erlitten habe. Noch heute habe sich kein wirklich stabiler Gesundheitszustand eingestellt. Die unfallbedingte Behandlung könne noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin habe zeitweise starke Schmerzen im Kopf-/Schulterbereich, welche ihr ein dauerndes ungestörtes Arbeiten verunmöglichten. In der Folge habe sich auch ein Analgetika-Abusus entwickelt. Vor dem Unfall vom 12. Dezember 2009 sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei gewesen und ganz

ohne Probleme einem 100%igen Arbeitspensum nachgegangen. Unmittelbar nach dem Unfall seien die Leistungen der Beschwerdeführerin rapide abgefallen. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte H.\_\_\_\_-Gutachten habe ergeben, dass die diagnostizierten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit allein auf den Unfall zurückzuführen seien. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit werde mit 80 % (Neuropsychologe) respektive mit 60 % (Psychiater) veranschlagt. Zu Unrecht anerkenne die Beschwerdegegnerin dieses Gutachten nicht, sondern stütze sich auf eine abweichende Beurteilung des J.\_\_\_\_ (J.\_\_\_\_-Gutachten). Das J.\_\_\_\_-Gutachten sei ausserordentlich versicherungsfreundlich ausgefallen, widerspreche aber nicht nur dem H.\_\_\_\_-Gutachten sondern auch den Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Zudem seien die J.\_\_\_\_-Gutachter nicht unbefangen gewesen, sondern massgeblich durch den Überwachungsbericht beeinflusst worden. In der Praxis habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz lediglich mit einem Pensum von 60

% eingesetzt werden könne.

Vorliegend sei nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen, sondern insbesondere auch die Adäquanz. Letztere sei ohne

Weiteres gegeben, weil mit der diagnostizierten leichten traumatischen Hirnverletzung ein organisches Verletzungsbild vorliege. Aber auch bei Anwendung der Adäquanzkriterien ergibt sich keine anderes Resultat. Offenbar stehe im vorliegenden Fall, wie das unter anderem die H.\_\_\_\_ - und J.\_\_\_\_ -Gutachten vermuten liessen, die psychische Problematik im Vordergrund, weshalb die entsprechenden Adäquanzkriterien zur Anwendung kämen. Ausgehend von einem Unfall „nahe dem mittleren Bereich“ (S. 12) seien die Kriterien „besondere Art der Verletzung“ (Hirnverletzung), „ungewöhnlich lange Dauer der Behandlung“, „körperliche Dauerschmerzen“, „schwieriger Heilverlauf“, „ärztliche Fehlbehandlung“, und „Dauer der erheblichen Arbeitsunfähigkeit“ erfüllt. Damit sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis in ihrer Gesundheit in extremem Ausmass beeinträchtigt sei und sich dieser Gesundheitsschaden in einer klar reduzierten Arbeitsfähigkeit niederschlage (Urk. 1). Die durchgeführte Observation sei nicht geeignet, die Dauerschmerzen der Beschwerdeführerin in Frage zu stellen (Urk. 15).

Die von der Beschwerdegegnerin neu eingereichten Gutachten seien nicht verwertbar, denn bei ihnen handle es sich um reine Aktengutachten, die naturgemäss nicht auf allseitigen Untersuchungen beruhten. Zudem stünden sämtliche dieser Gutachter in einer nahen Beziehung zur Beschwerdegegnerin respektive zur Haftpflichtversicherung, die ein Interesse am Ausgang dieses Verfahrens habe (Urk. 26).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per Ende Februar 2012 einstellte, weil der medizinische Endzustand erreicht war, und gleichzeitig den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung verneinte, weil die noch geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht auf das Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 zurückzuführen sind (Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs und der Adäquanz). 3.

Von den umfangreichen medizinischen Akten werden nachstehend nur diejenigen auszugsweise wiedergegeben, die Aufschlüsse zu den streitentscheidenden Fragen, namentlich zur Kausalitätsfrage, geben.

### **E. 3**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MWSt zulasten der Beschwerdegegnerin

#### **E. 3.1**

Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und lic. phil. G.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten (H.\_\_\_\_-Gutachten) vom 22. September 2011 (Urk. 10/M33; vgl. auch die Teilgutachten [ebenfalls unter Urk. 10/M33 geführt]) folgende Diagnosen fest (S. 29 f.): Neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Chronische Neuropathie N. ulnaris links infolge Prellung des Nervs im Sulcus

N. ulnaris bei vorgeschädigtem N. ulnaris links (chronisches posttraumatisches N. ulnaris Syndrom links mit neuropathischen Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens mit leichten sensiblen und wahrscheinlich diskreten motorischen Defiziten). -

Persistierendes postcommotionelles Syndrom mit leichten neuropsychologischen und affektiven Störungen, Kopf-, Gesichts- und Nackenschmerzen und erhöhter Ermüdbarkeit. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Leichtes zerviko-zephalales Syndrom Neuropsychologische Diagnosen -

Leichte Hirnfunktionsstörung Rheumatologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

keine [...] Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 (GM 2009) F45.41 -

mit dysfunktionalen Durchhaltestrategien/Ignorieren der Schmerzen sowie ängstlichen Begleitsymptomen in der Folge des Unfalls vom 12.12.2009 -

Reaktive depressive Störung, ICD-10 F32.0 -

aktuell leichtgradig, reaktiv auf den Unfall und seine lebensverändernden Folgen -

Stützend früheren depressiven Reaktionen (Ehekrise, Scheidung, Überforderung mit autistischem Sohn) -

Psychoorganisches Syndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, ICD-10 F07.2, leichtgradig ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Emotional-expressive Persönlichkeit mit Selbstwertstabilisierung über Leistungsorientierung -

Differentialdiagnose: subsyndromale ADHS F90.0 (Hyperaktivität, Impulsivität, emotionale Instabilität) oder akzentuierte Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73

Die Gutachter führten zudem aus, dass die erheblichen Verletzungen, welche die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember 2009 erlitten habe, dauerhafte leichte kognitive Störungen hinterlassen hatten. Sie seien mehreren Ursachen zuzuschreiben. Im Vordergrund stehe das persistierende postcommotionelle Syndrom. Dieses sei durch den Kopfanprall verursacht worden und werde von Kopf- und Gesichtsschmerzen links begleitet. Zusätzlich behinderten Nacken- und linke Armschmerzen die neuropsychologischen Leistungen. Die Untersuchung des Achsenskeletts habe keine Hinweise auf eine unfallbedingte Verletzung ergeben, welche die Nackenschmerzen begründen würde. Hingegen liessen sich die Schmerzen im linken Arm auf die Prellung des N. ulnaris am linken Ellbogen zurückführen. Aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin im Alltag durch die kognitiven Störungen und die schmerzbedingt verminderte körperliche Belastung beeinträchtigt, aus psychiatrischer Sicht durch Schmerzen, affektive Störungen und Störungen der emotionalen Regulation, welche die Schmerzbewältigung beeinträchtigten. Aus somatischer Sicht erscheine ein 80%iges Arbeitspensum zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht liege die zumutbare Arbeitsfähigkeit bei einem 60%- Pensum. Das persistierende postcommotionelle Syndrom und die Schädigung des N. ulnaris links mit neuropathischen Schmerzen stellten einschädigungspflichtige Integritätsschäden dar. Bei Andauern des chronischen Schmerzsyndroms trotz psychiatrisch-schmerztherapeutisch definierter Therapie könne das Schmerzsyndrom einen weiteren dauerhaften und erheblichen Integritätsschaden darstellen. Allerdings sei tendenziell von einer Besserung der Schmerzen auszugehen.

Therapeutische Empfehlungen würden den linken Arm betreffen, wo optional eine Vorverlegung des N. ulnaris überdacht werden sollte (S. 42).

Die Gutachter beantworteten des Weiteren die ihnen gestellten Fragen folgen der massen: Die Schmerzen und neuropsychologischen Störungen hätten eine organische Ursache. Es lägen keine typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionsstraumen oder äquivalenten Verletzungen vor (S. 43). Die leichte Hirnfunktionsstörung, die Kopf- und Gesichtsschmerzen und die Ellbogen schmerzen seien auf den Unfall vom 12. Dezember 2009 zurückzuführen. Die chronischen

neuropathischen Schmerzen, die sensiblen und diskreten motorischen Störungen im linken Arm sowie die Hirnfunktionsstörung seien organischer Genese. In Bezug auf die Nackenschmerzen, die teilweise Ausdruck eines vorbestehenden situationsabhängigen Zervikalsyndroms seien, sei wahrscheinlich von einer richtungsgebenden Verschlimmerung durch den Unfall auszugehen (S. 45). Die Gutachter bejahten das Vorliegen von erheblichen Beschwerden und eines schwierigen Heilverlaufs (S. 47). Insgesamt liege ein Integritätsschaden von 30 % vor (S. 49). Die Frage, ob sich ein krankhafter Vorzustand unmittelbar und unabhängig vom Unfall ausgewirkt habe, verneinten sie (S. 56).

Im Rahmen der Begutachtung im H. \_\_\_ wurde die Beschwerdeführerin auch von Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht (vgl. Teilgutachten vom 3. Juni 2011 im Anhang zu Urk.

10/M33). Im rheumatologischen Teilgutachten beschrieb der Experte - unter anderem gestützt auf die angefertigten Röntgenbilder, welche einen unauffälligen Befund mit beginnenden degenerativen Veränderungen zeigten - geringe Befunde, welche das geschilderte Schmerzausmass nicht zu erklären vermochten (S. 7). Das leichte zerviko-vertebrale Syndrom erachtete Dr. L. \_\_\_ mit grosser Wahrscheinlichkeit als nicht mehr unfallkausal (S.

8). Allerdings ist nicht ausgemacht, ob der Rheumatologe an der interdisziplinären, integrierenden Beurteilung mitgewirkt hat, denn darin wurde auf seine Beurteilung nicht mehr Bezug genommen (Urk. 10/M33 S. 42 f.) und Dr. L. \_\_\_ hat die Expertise auch nicht unterzeichnet (S. 58).

### **E. 3.2**

Dr. B. \_\_\_ äusserte sich am 23. November 2011 (Urk. 10/M35) kritisch zum H. \_\_\_ -Gutachten. Er bezeichnete es als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Die motorischen Störungen im linken Arm würden das ulcus

ulnaris Syndrom betreffen, welches vorbestehend sei und höchstens möglicherweise durch den Unfall exazerbiert habe. Die Hirnfunktionsstörungen würden geringe neuropsychologische pathologische Testergebnisse betreffen mit einer

Überlagerung durch eine depressive Problematik mit einer psychiatrischen Diagnose. Es sei zwar möglich, dass tatsächlich eine organische Hirnverletzung stattgefunden habe, das sei aber nicht gesichert. Für eine organische Hirnverletzung lägen keine Beweise vor; das MRI des Schädels sei unauffällig und zeige keine Läsion (S. 3). Das Computertomogramm und das konventionelle Röntgenbild der Halswirbelsäule seien unauffällig gewesen. Es gebe keine Hinweise auf Instabilitäten, so dass mit Blick auf die Schmerzverarbeitungsstörung keine zusätzliche MRI-Untersuchung indiziert sei. Die

unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei, wenn überhaupt, durch die neuropsychologischen Defizite eingeschränkt. Da die neuropsychologischen Defizite auch psychiatrisch überlagert seien, könne davon ausgegangen werden, dass allein somatisch unfallbedingt eine höhere als eine 80%ige Arbeitsfähigkeit respektive eine volle resultiere (S. 4). Das H.\_\_\_\_-Gutachten sei nur bedingt verwertbar (S. 5).

### **E. 3.3**

Dr. I.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 28. November 2011 (Urk. 10/M37) aus, dass das H.\_\_\_\_-Gutachten widersprüchlich und nicht sorgfältig erstellt sei: Es werde allein aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin, wonach die Nackenbeschwerden vor dem Unfall auf einem tieferen Niveau gelegen hätten, auf eine richtungsgebende Verschlimmerung geschlossen. Gleichzeitig sei festgestellt worden, dass es kein objektiviertes strukturelles Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion an Nacken oder Kopf gebe. Die Meinung des rheumatologischen Fachgutachters, wonach es überhaupt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gebe, finde kurioserweise keine Berücksichtigung in der interdisziplinären Schlussfolgerung. Obschon die Gutachter gewusst hätten, dass eine psychische Störung seit etwa 1998 bekannt sei, hätten sie sich nicht um entsprechende Akten bemüht (S. 13). Der beteiligte Psychiater habe Privatdiagnosen gestellt, die nicht der ICD-10-Klassifikation oder einer anderen anerkannten Klassifikation entsprächen. Es sei kein objektives strukturelles Korrelat einer Verletzung der Halswirbelsäule, ihrer Begleitstrukturen oder des Gehirns objektiviert worden; trotzdem sei der Integritätsschaden geschätzt worden, ob wohl die gutachterlichen Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien. Im Hinblick auf die postulierte Verletzung des Nervus

ulnaris hätten die Gutachter ebenfalls auf die Überprüfung der Vorakten verzichtet (S. 14).

### **E. 3.4**

Nachdem die zuständige Haftpflichtversicherung Dr. I.\_\_\_\_ das erstellte Observationsmaterial zugestellt hatte, nahm dieser am 9. Februar 2012 erneut Stellung (Urk. 10/M39). Insbesondere erörterte er, ob zwischen dem in den Beobachtungsvideos feststellbaren Verhalten der Beschwerdeführerin einerseits und den von ihr im Rahmen des H.\_\_\_\_-Gutachtens geklagten Beschwerden beziehungsweise den von den H.\_\_\_\_-Gutachtern festgestellten Einschränkungen andererseits Diskrepanzen bestünden (S. 1

### **E. 3.5**

In ihrem Bericht vom 29. November 2012 (Urk. 10/M41) bezogen Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ zur an ihrem Gutachten erhobenen Kritik Stellung und äusser ten sich auch zu den Ergebnissen der Observation: Insgesamt vertraten sie die Auffassung, dass die Observationsbeobachtungen nicht im Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin gemachten Aussagen und den klinischen Beobachtungen während der Begutachtung stünden. Die von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ erhobene Kritik an ihrem Gutachten wiesen sie zurück.

### **E. 3.6**

Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr.

med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, und der Neuropsychologin phil. Q.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten vom 18. März 2013 (Urk. 10/M44; J.\_\_\_\_-Gutachten) folgende Diagnosen fest (S. 36 f.): Diagnosen mit

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) -

Status nach PKW-Kollision am 12.12.09 mit frontaler Schädel- und Thoraxprellung , linksseitiger Ellbogen- und Kniekontusion sowie Handgelenksdistorsion -

radiologisch unauffälliger Befund der HWS (Röntgen CT 12.12.09 und Röntgen 27.06.11) - praktisch freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule -

leichte neuropsychologische Störung infolge Schmerzen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1.

Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2.

Zöliakie (ICD-10 K90.0) 3.

Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) 4.

Konstitutionell vermehrte Bandlaxizität (ICD-10 M35.7) 5.

Hallux

valgus und Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.07/M21.87) 6.

Anamnestisch Status nach Lumbalgie bis etwa 1995 (ICD-10 M54.5)

### **E. 3.7**

Dr. med. R.\_\_\_\_ , Ärztlicher Direktor der S.\_\_\_\_ , diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. Juli 2012 (Urk. 3/7) ein chronisches Schmerz- und Vegetativsyndrom nach Unfallereignis, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit Elementen von somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.30), eine Anpassungsstörung mit gemischter ängstlicher, dissoziativer und depressiver Reaktion (F43.22) sowie eine emotionale Instabilität. Er erachte die Beschwerdeführerin als zu 50 % arbeitsfähig. Zu empfehlen sei eine Kombination von interdisziplinärer Schmerztherapie und von psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlungen. Falls die notwendigen Settings stabil installiert werden könnten, sei prognostisch eine gesundheitliche Besserung anzunehmen.

### **E. 3.8**

Die Psychologin T.\_\_\_\_ , Oberärztin Dr. med. U.\_\_\_\_ , der Leitende Arzt Dr.

med. V.\_\_\_\_ und Chefarzt Dr. med. W.\_\_\_\_ von der Klinik AA.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 7. Februar 2013 (Urk. 3/2) aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer rezidivierenden depressiven Episode (gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Ausprägung) im Zusammenhang mit seit längerem andauernden chronischen Schmerzen infolge eines Autounfalls leide. Der Aufenthalt habe zu einer Verbesserung der psychischen Stabilität geführt, aber die Beschwerdeführerin habe sich entgegen der vorgeschlagenen Verlängerung der Rehabilitation zu einem vorzeitigen Austritt entschieden (S. 3).

### **E. 3.9**

Dr. I.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 24. Juli 2013 (Urk. 21/2), in dem er zum J.\_\_\_\_ -Gutachten Stellung nahm, dahingehend, dass seine Feststellungen, die er bei Betrachtung des Überwachungsvideos gemacht habe, durch die J.\_\_\_\_ -Gutachter bestätigt worden seien. Insgesamt gelte, dass der Status quo ante/sine per 31. Mai 2010 erreicht

worden sei. Die verbliebene Restarbeitsunfähigkeit von 10 % wegen geringgradiger neurokognitiver Defizite könne nicht ursächlich auf den erlittenen Unfall zurückgeführt werden, da eine hirnorganische unfalltraumatische Läsion durch eine objektivierende Untersuchung (MRI Schädel) habe ausgeschlossen werden können. Aus den Feststellungen der J. \_\_\_ -Gutachter sei überdies abzuleiten, dass eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität unfallbedingt nicht stattgefunden habe (S. 19).

### **E. 3.10**

Hausarzt Dr. med. BB. \_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 4. September 2013 (Urk. 3/4) fest, dass die leider eingetretene Chronifizierung der linksseitigen Kopfschmerzen die Beschwerdeführerin wirklich stark beeinträchtigt und zum grossen Schmerzmittelkonsum führe. Er erachte die Beschwerdeführerin als tapfere Kämpferin, die ihren Arbeitsplatz schätze und ihn bewahren möchte. Die Arbeitsfähigkeit von 50 %, dann 60 % habe nicht weiter gesteigert werden können. Die psychosozialen Belastungsfaktoren als alleinerziehende Mutter eines äusserst schwierigen, an der Asperger-Krankheit leidenden Sohnes hätten ihr sicher noch zusätzlich Kräfte geraubt. Zusammenfassend finde er die Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin schon länger 100 % arbeitsfähig gewesen wäre, ungerechtfertigt; das berücksichtige ihre kritische Gesamtsituation nicht.

### **E. 3.11**

Dr. med. CC. \_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, kam in ihrem versicherungsmedizinischen Aktengutachten vom 15. Februar 2014 (Urk. 21/5) zum Schluss, dass auf das H. \_\_\_ -Gutachten nicht abgestellt werden könne. Basierend auf den versicherungsmedizinisch überzeugenden Ausführungen der J. \_\_\_ -Gutachter sei der Status quo sine vel ante überwiegend wahrscheinlich per 31. März 2010 erreicht worden; spätestens sei der Zustand ein Jahr nach dem Unfall vom 12. Dezember 2009 erreicht worden. Auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet bestehe unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte, eine allfällige Verweistätigkeit oder für die Tätigkeit als Hausfrau begründen könnte. Demzufolge könnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Festzuhalten seien jedoch unter anderem folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp, tendenzieller Hypermobilität und radiologisch unauffälligem Befund der Halswirbelsäule sowie eine leichte Ulnarisneuropathie links (S. 6)

### **E. 3.12**

Dr. med. DD. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, erörterte in seinem neurologischen Aktengutachten vom 18. März 2014 (Urk. 21/3), dass bei der Beschwerdeführerin keine Befunde vorhanden seien, die für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung („Mild Traumatic Brain Injury“ MTBI) beziehungsweise einer Commotio cerebri sprechen würden. Deshalb sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Auffahrkollision vom 12. Dezember 2009 keine substantielle, das heisse keine strukturell fassbare Hirnverletzung davongetragen habe. Zudem heile nach heutigem Kenntnisstand eine MTBI folgenlos aus.

Insofern sei die Diagnose eines „post commotionellen Syndroms“ durch Dr. D.\_\_\_\_ in Kenntnis der unauffälligen Bildgebung und der charakteristischerweise günstigen Prognose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI beziehungsweise Com motio cerebri) nach mehrjährigem Verlauf keineswegs nachvollziehbar. Ausser dem erstaune die von den H.\_\_\_\_ -Gutachtern genannte, eine Integritätseinbusse begründende Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirn trauma , die in der Diagnostikliste gar nicht erwähnt worden sei. Die Annahme einer mittelschweren Hirnverletzung durch Dr. D.\_\_\_\_ könne unter Berücksichtigung der etablierten Kriterien nicht nachvollzogen werden, zumal die Graduierung „mittelschwer“ einen initialen Wert auf der Glasgow Coma

Scale von 9 bis 12 Punkten voraussetze, was bei der Beschwerdeführerin gemäss der echtzeitlichen Dokumentation nicht der Fall gewesen sei. Bei fehlenden strukturellen posttraumatischen zerebralen Befunden in der geeigneten Bildgebung könnten auch die offenbar bis dato geklagten neuropsychologischen Beschwerden nicht mehr als organische Unfallfolge anerkannt werden. Es seien nur noch leichtgradige und insgesamt unspezifische Funktionsstörungen nachgewiesen worden; zudem sei auf eine wahrscheinliche Schmerzassoziation hingewiesen worden (S. 13-15). Retrospektiv sei auch die Diagnose einer klinisch relevanten HWS-Distorsion kritisch zu hinterfragen. Allenfalls könnte eine leichte HWS-Distorsion vorgelegen haben (S. 15 f.). Was die im Raum stehende Anprallläsion des linken Ulnarisnervs angehe, sei ebenfalls festzustellen, dass in der echtzeitlichen Dokumentation keine dafür typischen Beschwerden und Befunde festgestellt worden seien. Die linksseitige Ulnarissymptomatik könne nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge angesehen werden. Auch der Gesichtsschmerz und die Sensibilitätsstörung der linken Gesichtshälfte seien nicht überwiegend wahrscheinlich Unfallfolgen (S. 16 f.). Auch ein jahrelang anhaltender Kopfschmerz sei aus neurotraumatologischer Sicht weder nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung noch nach einer leichten HWS-Distorsion plausibel nachvollziehbar. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht auf keine der von den H.\_\_\_\_ -Gutachtern getroffenen Schlussfolgerungen betreffend fort bestehende unfallkausale Diagnosen, unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Integritätsschaden abgestellt werden. Demgegenüber seien die Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ - was die neurologisch zu beurteilenden Aspekte angehe - schlüssig und nachvollziehbar (S. 17). Ein durch apparative Untersuchungen objektivierbares, organisches Korrelat einer unfallbedingten Schädigung bestehe nicht. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne heute keine an dauernde unfallkausale Diagnose mehr gestellt werden (S. 19). Spätestens Mitte Dezember 2010 sei der Status quo sine/ante erreicht worden. Eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der körperlichen und geistigen Integrität liege nicht vor (S. 20).

### **E. 3.13**

Dr. med. EE.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Aktengutachten vom 24. März 2014 (Urk. 21/4) aus, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) nachvollzogen werden könne. Hinsichtlich des Schweregrades lägen aber Differenzen vor. Differentialdiagnostisch wäre auch an eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) zu denken (S. 60) , der aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (S. 61). Des Weiteren könne

auch die Diagnose einer Anpassungsstörung mit gemischter ängstlicher, dissoziativer und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) im Zusammenhang mit anhaltendem neuralgischen

Syndrom nach Verkehrsunfall am 12. Dezember 2009 sowie durch veränderte Lebensumstände nach dem Auszug der Kinder und tendenzieller Isolation nachvollzogen werden. Diese Störung sei definitionsgemäss als leichtgradig einzustufen; sie begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (S. 61 f.). Es lägen auch keine weiteren psychischen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor; insbesondere liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vor (S. 62).

Es sei festzuhalten, dass aufgrund der vorhandenen Akten und dem vorliegenden Observationsmaterial erhebliche Zweifel am Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die eine erhebliche Einschränkung im Alltag der Beschwerdeführerin begründeten, bestünden (S. 64). Die derzeitigen Gesundheitsstörungen stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mit dem Unfall vom 12. Dezember 2009 in Zusammenhang. Es bestünden vielmehr diverse unfallfremde respektive psychosoziale Faktoren, die die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen könnten. Diese würden in erheblichem Umfang allfällige Aspekte, die eine natürliche Kausalität zum Unfall darstellen könnten, überwiegen (S. 66). Eine vorübergehende leichtgradige Verschlimmerung eines Vorzustandes (Anpassungsstörung mit gemischter ängstlicher, dissoziativer und depressiver Reaktion im Zusammenhang mit anhaltendem neuralgischem Syndrom nach Verkehrsunfall sowie durch veränderte Lebensumstände nach Auszug der Kinder und tendenzieller Isolation) sei nachvollziehbar. Diesbezüglich sei jedoch der Status quo sine vel ante überwiegend wahrscheinlich nach drei bis vier Monaten, spätestens nach sechs Monaten nach dem Unfall vom 12. Dezember 2009 erreicht worden. Ein

Integritätschaden könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht festgestellt werden (S. 66 f.). Die Überlegungen von Dr. I. \_\_\_ seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht durchgängig nachvollziehbar und schlüssig (S. 68). 4.

#### **E. 4**

Ferner seien die Akten im IV-Verfahren (IV-Rente) von der SVA Zürich, AHV-Nr. K. \_\_\_ , X. \_\_\_ beizuziehen.

Die Helsana Unfall AG schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. Dezember 2013 (Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde. Replicando und duplicando liessen die Parteien an ihren Anträgen festhalten (Urk. 15 und 18). Mit Eingabe vom 17. November 2014 (Urk. 20) reichte die Helsana Unfall AG weitere medizinische Unterlagen (vgl. Urk. 21/1-5) ins Recht. Die Versicherte liess dazu am 7. April 2015 Stellung nehmen und folgenden Antrag stellen (Urk. 26):

Es sei die Beschwerde zumindest in dem Sinne gutzuheissen, als dass vom Gericht selbst ein neues polydisziplinäres Gutachten bei einer neutralen Gutachterstelle in Auftrag gegeben werde oder dass die Sache eventualiter an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten sei, ein neues polydisziplinäres Gutachten bei einer neutralen Gutachterstelle in Auftrag zu geben.

Hierzu nahm die Helsana Unfall AG ihrerseits am 10. September 2015 Stellung (Urk. 31), wovon der Versicherten am 16. September 2015 Kenntnis gegeben wurde (vgl. Urk. 32).

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. 3.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 18. Dezember 2013 einen Anspruch von X.\_\_\_\_

auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die dagegen am 3. Februar 2014 erhobene Beschwerde hat das hiesige Gericht mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess Nr. IV.2014.00 131 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1.1**

Vorauszuschicken ist, dass im vorliegenden Fall die medizinische Aktenlage sehr umfangreich und aussagekräftig ist. Zwar vertreten - wie oben dargelegt wurde und nachfolgend zu diskutieren sein wird - nicht alle Ärztinnen und Ärzte dieselben Meinungen ; dies ändert aber nichts daran, dass aus den Akten die notwendigen Entscheidungsgrundlagen gewonnen werden können. Es besteht deshalb kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen oder für den Beizug oder die Einholung weiterer Akten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Wie sich aus den vorstehend wiedergegebenen Gutachten und Berichten ergibt, gab die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin unter den beteiligten medizinischen Experten und Expertinnen zu kontrovers geführten Meinungsäusserungen Anlass. Dabei beurteilten die H.\_\_\_\_ -Gutachter (vgl. E. 3.1 und E. 3.5 ), der behandelnde Psychiater Dr. R.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.7) sowie die behandelnden Ärzte an der Klinik AA.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.8) und der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. BB.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.10), nicht nur die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen als gravierend, sondern führten diese - soweit sie sich zur Kausalitätsfrage äusserten - auf den am 12. Dezember 2009 erlittenen Unfall zurück. Demgegenüber vertraten Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2), Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3, 3.4 und 3.9), die J.\_\_\_\_ -Gutachter (vgl. E. 3.6), Dr. CC.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.11), Dr. DD.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.12) und Dr. EE.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.13) die Auffassung, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich besser sei, als er insbesondere im H.\_\_\_\_ -Gutachten geschildert worden sei, und dass die Beschwerden (soweit vorhanden) nicht oder höchstens zu einem kleinen Teil auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen seien .

#### **E. 4.1.2**

Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin stützten sich die zweitgenannten Expertinnen und Experten auch auf die durch den Überwachungsbericht vom 9. Dezember

2011 (Urk. 9/K379) gewonnenen Erkenntnisse. Aus der im Bericht enthaltenen Bilddokumentation ist unter anderem ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin nicht nur in der Lage ist, schwere Lasten zu tragen (S. 20), sondern auch auf Schuhen mit hohen Absätzen rennend die Strasse zu überqueren (S. 22) und beim Einkaufen ungünstige Körperpositionen einzunehmen (S. 23).

Die Erkenntnisse der Observation (Bericht und DVD) wurden in der Folge - wie ausgeführt - diversen Ärztinnen und Ärzten zur Beurteilung vorgelegt. Diesbezüglich fällt auf, dass lediglich die H.\_\_\_\_ -Gutachter der Ansicht waren, dass die gewonnenen Erkenntnisse für die in ihrem Gutachten gezogenen Schlüsse irrelevant seien beziehungsweise nicht im Widerspruch zu ihnen stünden (vgl. E. 3.5). Dass diese Einschätzung nicht zutreffend ist, ergibt sich jedoch aus einem Vergleich zwischen den Aussagen im H.\_\_\_\_ - Gutachten und den Fotos des Observationsberichts. Im H.\_\_\_\_ -Gutachten wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bei allen Tätigkeiten, die manuell beidhändig ausgeführt werden

müssten und zwingend eine Gewichtsbelastung des linken Arms von mehr als 3 kg erforderten, eingeschränkt sei. Namentlich erwähnt wird das Tragen von Einkäufen (Urk. 10/M33 S. 50). Auf Foto Nr. 6 des Observationsberichts (Urk. 9/K379 S. 20) ist hingegen ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin beidhändig und offensichtlich mühelos eine gefüllte Kunststoff-Kiste sowie einen gefüllten Sack zu einem Auto trägt. Dass dies mit den Folgerungen der H.\_\_\_\_-Gutachter, wonach nur noch armschonende Tätigkeiten zumutbar sind (Urk.

10/M33 S. 48), nicht vereinbar ist, ist offensichtlich und wurde zu Recht insbesondere auch von Dr. I.\_\_\_\_ thematisiert (vgl. E. 3.4). Nicht nachvollziehbar ist hingegen, weshalb die H.\_\_\_\_-Gutachter auch nach Kenntnis der Observationsergebnisse unverändert an ihren Einschätzungen festhielten ohne sich mit der von den übrigen befassten Gutachtern diskutierten Frage der Inkonsistenz zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und dem gezeigten Verhalten auseinanderzusetzen. Demgegenüber trugen die J.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. I.\_\_\_\_, Dr. CC.\_\_\_\_, Dr. DD.\_\_\_\_ und Dr. EE.\_\_\_\_ den Ergebnissen der Observation Rechnung, weshalb sich ihre Einschätzungen als nachvollziehbarer und überzeugender erweisen.

Daran ändert - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - auch der Umstand nichts, dass die Dres. I.\_\_\_\_, CC.\_\_\_\_, DD.\_\_\_\_ und EE.\_\_\_\_ in einem beruflichen beziehungsweise auftragsrechtlichen Verhältnis zur Beschwerdegegnerin respektive zur zuständigen Motorhaftpflichtversicherung (der Mobilar) stehen. Die Berichte erweisen sich nämlich als stimmig sowie als in sich und untereinander widerspruchsfrei. Zudem stimmen sie im Wesentlichen mit dem J.\_\_\_\_-Gutachten, das von der IV Stelle des Kantons Zürich eingeholt wurde, überein. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass das J.\_\_\_\_-Gutachten von den Aktengutachten und Berichten der Dres. I.\_\_\_\_, CC.\_\_\_\_, DD.\_\_\_\_ und EE.\_\_\_\_ gestützt wird. Die Rüge der Beschwerdeführerin, dass das J.\_\_\_\_-Gutachten ausserordentlich versicherungsfreundlich ausgefallen sei, ist nicht substantiiert begründet. Ebenso wenig nachvollziehbar ist ihre Rüge, dass die J.\_\_\_\_-Gutachter nicht unbefangen gewesen seien, sondern durch den ihnen vorgelegten Überwachungsbericht beeinflusst worden seien. Kenntnis der Sachlage führt indessen nicht zur Befangenheit, sondern bildet die Grundlage für eine fundierte Beurteilung.

Es ist somit ein besonders ins Gewicht fallender Vorteil des J.\_\_\_\_-Gutachtens, dass den J.\_\_\_\_-Gutachtern von Anfang an die Ergebnisse der durchgeführten Observation zur Verfügung standen und sie ihre Beurteilungen somit in umfassen der Kenntnis des Sachverhalts formulieren konnten, während die H.\_\_\_\_-Gutachter ihre Beurteilung abzufassen hatten, bevor der Observationsbericht verfasst wurde. Es wurde bereits ausgeführt, dass die nachträgliche Versicherung der H.\_\_\_\_-Gutachter, wonach die Observation keine Ergebnisse zutage gefördert habe, die eine Neubeurteilung ihrer gutachterlichen Feststellungen erforderlich machte, nicht zu überzeugen vermag. Darüber hinaus fällt ins Gewicht, dass im H.\_\_\_\_-Gutachten keine Auseinandersetzung über den Umstand stattfand, dass die objektiven Befunde zumindest teilweise nicht mit den subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin korrelierten; dies wiegt umso schwerer, als auch H.\_\_\_\_-Gutachter Dr. L.\_\_\_\_ diesen Sachverhalt beschrieben hat. Anlässlich der integrierenden Beurteilung wurden diese Diskrepanzen jedoch nicht diskutiert beziehungsweise mit dem fehlenden Einbezug von Dr. L.\_\_\_\_ sogar gänzlich ausser Acht gelassen, weshalb auf die Schlussfolgerung im H.\_\_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden kann. Aus dem Gesagten folgt, dass vorliegend grundsätzlich und

hauptsächlich auf die Beurteilungen und Einschätzungen im J.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen ist (vgl. E. 3.6). Dabei ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, dass dieses Gutachten in einem invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren zustande kam. Deshalb ist für die Fragen, die wegen ihrer spezifisch unfallversicherungsrechtlichen Bedeutung im J.\_\_\_\_ -Gutachten nicht beantwortet wurden, auf die Einschätzungen in den Berichten der Dres. I.\_\_\_\_, CC.\_\_\_\_, DD.\_\_\_\_ und EE.\_\_\_\_ zurückzugreifen, die sich ihrerseits in dem von den J.\_\_\_\_ -Gutachtern abgesteckten Rahmen bewegten.

#### **E. 4.1.3**

Demzufolge ist als erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember 2009 eine leichte Commotio cerebri erlitten hat, wobei im durchgeführten MRI des Schädels keine posttraumatischen Läsionen objektiviert werden konnten (Urk. 10/M1). Aktuell liegt gemäss J.\_\_\_\_ - Gutachtern ein leichtes tendomyopathisches zervikales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reiz- beziehungsweise sensorische Ausfallsymptomatik vor. Die Arbeitsfähigkeit wird einzig durch eine schmerzbedingte leichte neuropsychologische Störung eingeschränkt, und zwar um 10 % (Urk. 10/M44 S. 38).

Dr. I.\_\_\_\_ vertrat die Ansicht, dass diese Einschränkung nicht auf den Unfall zurückzuführen sei, da eine hirnorganische unfalltraumatische Läsion durch eine objektivierende Untersuchung (MRI des Schädels) habe ausgeschlossen werden können (E. 3.9). Dr. CC.\_\_\_\_ erklärte, dass aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht kein durch apparative Untersuchungen objektivierbares organisches Korrelat einer unfallbedingten Schädigung bestehe (E. 3.11). Für Dr. DD.\_\_\_\_ war überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember 2009 keine substantielle, mithin keine strukturell fassbare Hirnverletzung zugezogen habe (E. 3.12). Dr. EE.\_\_\_\_ wies weiter darauf hin, dass aufgrund der vorhandenen Akten und dem vorliegenden Observationsmaterial erhebliche Zweifel am Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung bestünden (E. 3.13).

Daraus folgt, dass den bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein somatisches Korrelat zugrunde liegt. Aufgrund der wiedergegebenen ärztlichen Einschätzungen ist zudem zumindest zweifelhaft, ob die neuropsychologischen Schwierigkeiten tatsächlich auf das erlittene Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 zurückzuführen sind. Wie sich nachfolgend ergeben wird, kann diese Frage aber letztlich offen bleiben.

#### **E. 4.2**

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen liess, dass sie weiterhin Anspruch auf Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen habe, weil sich bis heute noch kein wirklich stabiler Gesundheitszustand eingestellt habe, mithin der so genannte medizinische Endzustand noch nicht eingetreten sei, ist ihr entgegen zuhalten, dass durch die Akten ein anderes Bild gezeichnet wird. Selbst im H.\_\_\_\_ -Gutachten wird keine Behandlungsoption aufgezeigt mit Ausnahme einer operativen Vorverlegung des Nervus

ulnaris, wobei diese Operation von den Gutachtern als unzumutbar qualifiziert wird. Bezüglich des persistierenden postkommotionellen Syndroms sei keine namhafte Besserung durch therapeutische Massnahmen zu erwarten (Urk. 10/M33 S. 46). Es sind

auch sonst keine weiteren Behandlungsvorschläge mehr ersichtlich. Es ist somit mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der medizinische Endzustand bereits seit geraumer Zeit eingetreten ist (Eintritt des Status quo sine vel ante spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis [vgl. etwa E. 3.12]). Insoweit erweist sich demzufolge die Beschwerde als unbegründet.

#### **E. 4.3.1**

Wie bereits ausgeführt wurde, ist zweifelhaft, ob bei der Beschwerdeführerin noch Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen, die im Sinne eines natürlichen Kausalzusammenhangs als unfallbedingt zu qualifizieren sind. Im Sinne einer Arbeitshypothese ist jedoch vorliegend davon auszugehen, dass zwischen den neuropsychologischen Einschränkungen und dem Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

#### **E. 4.3.2**

Nicht zuzustimmen ist der Beschwerdeführerin, soweit sie die Ansicht vertreten liess, dass mit dem Vorhandensein einer leichten traumatischen Hirnverletzung beziehungsweise einer Commotio cerebri ein organisches Verletzungsbild vorliege und demzufolge die Unfallkausalität ohne Weiteres zu bejahen sei (Urk. 1 S. 11).

Nach der Rechtsprechung kann nämlich von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen -

bei denen die Unfalladäquanz praktisch keine Rolle spielt - erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (nicht in BGE 135 V 465 publizierte E. 2 des Urteils des Bundesgerichts 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009; BGE 134 V 231 E. 5.1). Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C\_691/2013 vom 19. März 2014 E. 5.1). Ein solcher Nachweis ist vorliegend - wie oben ausgeführt - nicht gegeben. Es konnten bildgebend keine hirnorganischen Läsionen objektiviert werden (vgl. E. 3.6, 3.9, 3.11 und 3.12). Demzufolge ist die Adäquanz nach den oben dargelegten Kriterien zu prüfen.

#### **E. 4.3.3**

Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin selbst von einer psychischen Überlagerung der durch das Schädelhirntrauma ausgelösten Beschwerden ausging: Dies liessen insbesondere das H.\_\_\_\_-Gutachten, das J.\_\_\_\_-Gutachten und die übrigen Akten „vermuten“ (Urk. 1 S. 12). Der Auffassung der Beschwerdeführerin ist zuzustimmen, denn dieser Schluss drängt sich aus den medizinischen Akten auf, selbst wenn die Frage der „psychischen Überlagerung“ ausdrücklich nur von Dr. B.\_\_\_\_ thematisiert wurde (vgl. E. 3.2). Auffallend ist diesbezüglich allerdings auch, dass das „typische Beschwerdebild“ (vgl. E. 1.2.2) nach Schleudertraumata der Halswirbelsäule beziehungsweise nach Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen in den medizinischen Akten des vorliegenden Falles keinen Niederschlag fand. Im H.\_\_\_\_-Gutachten wird denn auch die Frage, ob die typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen oder äquivalenten Verletzungen vorliegen würden, ausdrücklich verneint (Urk. 10/M33 S. 43). Die Schmerzstörung und weitere depressive Phasen seien nach dem Unfall vom 12. Dezember 2009 entstanden (Urk. 10/M33 S. 44).

Mit der Beschwerdeführerin ist demzufolge von einer psychischen Überlagerung der durch das Schädelhirntrauma ausgelösten Beschwerden auszugehen beziehungsweise von einer Fehlentwicklung nach Unfall. Demzufolge ist die Adäquanzbeurteilung nach den Kriterien durchzuführen, die von der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen formuliert wurden (vgl. E. 1.3.3).

#### **E. 4.4.1**

Dem Rapport der Stadtpolizei FF. \_\_\_ vom 6. Januar 2010 (Urk. 9/K7) ist folgender Sachverhalt zu entnehmen (S. 7 f.): Frau GG. \_\_\_ wollte mit ihrem PW von der HH. \_\_\_ kommend, links in die II. \_\_\_ abbiegen. Dabei übersah sie die vortrittsberechtigte, vom Bahnhofplatz Richtung HH. \_\_\_ fahrende Frau X. \_\_\_ mit ihrem PW und prallte mit der Front ihres PW gegen die linke Frontecke des PW X. \_\_\_. An beiden Fahrzeugen entstand grosser Sachschaden. Frau GG. \_\_\_ sowie X. \_\_\_ und ihre Tochter zogen sich durch die Kollision leichte bis mittelschwere Verletzungen zu und wurden durch den Rettungsdienst ins

A. \_\_\_ verbracht.

Aus dem unfallanalytischen Gutachten der AXA Winterthur vom 12. April 2011 (Urk. 9/K185) ergibt sich, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung  $\Delta v$  im Bereich von rund 24 bis 29 km/h gelegen hat. Zudem ist aus den Fotografien der Unfallfahrzeuge (vgl. Urk. 9/K7, 9/K36, 9/K38 und 9/K185) ersichtlich, dass erhebliche Beschädigungen zu verzeichnen waren.

Zwar ist bei Frontalkollisionen zu beachten, dass sich die kollisionsbedingten Kräfte nicht in gleicher Weise auf den Körper auswirken wie bei einem eigentlichen Schleudertrauma der Halswirbelsäule, wo der Kopf zunächst nach hinten flektiert wird; die Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden liegt bei Frontalkollision in einem Bereich von 20 bis 30 km/h (Urteil des Bundesgerichts 8C\_327/2010 vom 22. Juli 2010 E. 5.2.1). Anders als im letztgenannten Urteil kollidierten hier die Fahrzeuge gemäss Unfallanalyse jedoch in einem Winkel von 20 bis 30° (Urk. 9/K185 S. 8 und S. 10) und damit eher seitlich als frontal. Die Unfallanalyse konnte aufgrund der Kollisionsschwere und der Krafrichtung-Wirkung einen Kopfanprall nicht ausschliessen (Urk. 9/K185 S. 10), weshalb es unter Berücksichtigung der Kasuistik (Urteil des Bundesgerichts 8C\_769/2011 vom 31. Januar 2012 E. 6.1) - wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführen liess (Urk. 1 S. 12) - angezeigt erscheint, das Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 den mittelschweren Unfällen im engeren Sinne zuzuordnen. Es liegt mit hin weder ein Grenzfall zu den leichten Unfällen noch zu den schweren Unfällen vor. Dem Unfall vom 12. Dezember 2009 kann somit nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung zukommen, wenn ein einzelnes der rechtsprechungsgemäss für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder aber drei dieser Kriterien erfüllt wären (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100).

#### **E. 4.4.2**

Beim

Unfall vom 12. Dezember 2009 handelte es sich um einen Verkehrsunfall im städtischen Strassenverkehr. Deshalb waren die Kollisionsgeschwindigkeiten nicht übermässig hoch. Das Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 ist zwar einerseits nicht zu bagatellisieren, es kann aber andererseits auch nicht als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich

bezeichnet werden.

Das Kriterium „Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen“ ist angesichts des erlittenen Schädelhirntraumas als erfüllt anzusehen (wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise).

#### Die Dauer der ärztlichen Behandlung

Die organisch ausgewiesenen Gesundheitsbeeinträchtigungen dauerten nicht ungewöhnlich lange. Spätestens ein Jahr nach dem erlittenen Unfall war der Status quo ante vel sine eingetreten (vgl. etwa E. 3.12; vgl. auch E. 3.6 a.E.). Daran ändern auch die im Jahr 2011 durchgeführten Infiltrationen (Urk. 10/M31-32) nichts, denn selbst eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren ist nach einem Schleudertrauma oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS durchaus üblich (Urteil des Bundesgerichts U 479/05 vom 6. Februar 2007 E. 8.3.3).

Körperliche Dauerschmerzen liegen ebenfalls seit geraumer Zeit nicht mehr vor;

die noch bestehende Gesundheitsstörung, die allenfalls auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen ist, hat kein organisch-somatisches Korrelat (vgl. E. 4.3. 2).

Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor. Soweit die Beschwerdeführerin im Umstand, dass sie nicht unmittelbar nach dem Unfall psychiatrisch behandelt worden sei, eine ärztliche Fehlbehandlung erblicken wollte (Urk. 1 S. 14), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Ansicht der Beschwerdeführerin liefere nämlich darauf hinaus, dass sämtliche Personen, die einen mittel schweren Unfall erlitten haben, unmittelbar danach psychiatrisch behandelt werden müssten, was nicht nur unverhältnismässig wäre, sondern offensichtlich auch nicht der medizinischen Lehre und Praxis entspricht. Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin die im S. \_\_\_ geplante Behandlung in der Schmerzgruppe nicht in Angriff genommen und die Rehabilitation in der Klinik AA. \_\_\_ vorzeitig abgebrochen (Urk. 3/2 S. 3 unten und Urk. 3/7 S. 2 unten).

Der Heilungsverlauf war - insbesondere was die vorliegend allein relevanten organischen Unfallfolgen anbelangt - weder schwierig noch mit erheblichen Komplikationen verbunden. Wie ausgeführt wurde war vielmehr der Status quo ante vel sine bereits nach einigen Monaten, spätestens nach einem Jahr erreicht.

Auch das Kriterium „Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit“ ist vorliegend nicht erfüllt. Falls tatsächlich noch eine Arbeitsunfähigkeit vorliegend sollte, die im Sinne eines natürlichen Kausalzusammenhangs auf das Unfallereignis vom 12. Dezember 2009 zurückzuführen ist, wären dafür keine organischen, sondern psychische Ursachen verantwortlich.

#### **E. 4.4.3**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nur eines der massgebenden Kriterien erfüllt ist, dies aber nicht in besonders ausgeprägter Weise. Daraus folgt, dass - selbst wenn natürlich-kausale Unfallfolgen vorlägen - deren Adäquanz zum Unfallereignis zu verneinen ist.

Mangels unfallkausalen Restbeschwerden hat die Beschwerdegegnerin eine weiter gehende Leistungspflicht zu Recht verneint. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marcus Wiegand - Helsana Versicherungen AG - 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 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubStocker

#### **E. 7**

f.). Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht bestehe kein durch apparative Untersuchungen objektivierbares organisches Korrelat einer unfall bedingten Schädigung. Die derzeitigen Störungen stünden allenfalls möglicher weise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzu sammenhang zum Ereignis vom 12. Dezember 2009 (S. 69). In Übereinstim mung mit der Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ und insbesondere unter Berücksich tigung des Video-Beobachtungsmaterials sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin namentlich anlässlich der Begutachtung beim H.\_\_\_\_ zu mindest stark selbstlimitiert habe. Allenfalls sei es durch den Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen, jedoch aus drücklich nicht zu einer richtungsgebenden. So hätten zu keiner Zeit struktu relle Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates objektiviert werden können (S. 70).

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