

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00039 vom 18. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00039](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00039)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00039 du 18 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00039 del 18 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, war bei drei verschiedenen Arbeitgebern resp. Arbeitgebern, unter anderem bei der Y.\_\_\_\_ AG, als Reinigungshilfe tätig und dadurch - unter anderem - bei der Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Allianz) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 29. Januar 2011 zog sie sich als Beifahrerin bei einem Auffahrunfall mit Heck- und nachfolgender Frontalkollision eine Commotio Cerebri, eine Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion Grad 2 sowie Kontusionen der Schulter links, der Lendenwirbelsäule (LWS), des Sakrums sowie der proximalen Fibula beidseits zu (Schadenmeldung UVG vom 14. Februar 2011, Urk. 9/10). In der Folge war sie bis 31. Januar 2011 in der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 9/1-5). Die Allianz teilte am 28. Februar 2011 mit, dass sie für die unfallbedingten Heilbehandlungskosten aufkomme und Taggeldleistungen erbringe (Urk. 9/18). Am 20. Juni 2011 wurde die Versicherte im Auftrag der Allianz durch Dr. med.

A.\_\_\_\_, FMH Neurologie, neurologisch untersucht (Bericht vom 30. Juni 2011, Urk. 9/56). Nach weiteren medizinischen Abklärungen holte die Allianz die Aktenbeurteilung von Dr. A.\_\_\_\_

vom 21. November 2011 ein (Urk. 9/109), zu welcher die Versicherte am 7. Dezember 2011 Stellung nahm (Urk. 9/128). Am 7. Dezember 2011 teilte die Allianz der Versicherten mit, dass eine Begutachtung erforderlich sei und als Gutachterstelle die B.\_\_\_\_ vorgeschlagen werde (Urk. 9/126), wogegen die Versicherte am 8. Dezember 2011 opponierte (Urk. 9/129). Die Allianz nahm daraufhin die Stellungnahme des beratenden Arztes des Haftpflichtversicherers (AXA Winterthur Versicherungen), Dr. med.

C.\_\_\_\_, vom 15. Dezember 2011 zu den Akten (Urk. 9/131). Mit Verfügung vom 2. Februar 2012 stellte sie die Versicherungsleistungen infolge Wegfalles des natürlichen Kausalzusammenhanges per 30. November 2011 ein (Urk. 9/146). Dagegen erhob die Versicherte am 4. März 2012 Einsprache (Urk. 9/166). In der Folge wurde im Einverständnis mit der Versicherten eine polydisziplinäre Begutachtung im Zentrum D.\_\_\_\_ veranlasst (Urk. 9/171). Das Gutachten wurde am 4. März 2013 erstattet (Urk. 9/211) und der Versicherten am 4. Juni 2013 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 9/214). Die Versicherte reichte ihre Stellungnahme am 10. Oktober 2013 ein (Urk. 9/218). Mit Entscheid vom 8. Januar 2014 wies die Allianz die Einsprache der Versicherten ab (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 30. November 2011 Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat.

### **E. 1.2**

Die Beschwerdegegnerin führte im Einspracheentscheid vom 8. Januar 2014 im Wesentlichen aus, sechs Monate nach dem Unfallereignis hätten weder organisch objektivierbare noch somatisch erklärbar e Unfallfolgen bestanden, und die psychisch bedingten Beschwerden seien nicht adäquat zum Auffahrunfall vom 29. Januar 2011. Ihre Leistungspflicht habe somit Ende Juli 2011 geendet. Die Leistungseinstellung per Ende November 2011 sei demnach nicht zu beanstanden (Urk. 2 S. 14).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor, der Schluss der Beschwerdegegnerin, wonach für die somatischen Unfallfolgen bereits ab Ende Juli 2011 die Kausalität zu verneinen sei, lasse sich nicht aus dem

D.\_\_\_\_-Gutachten ableiten (Urk. 1 S. 5 und 6). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den fortdauernden typischen Schleudertrauma-Symptomen bzw. den somatisch induzierten, psychisch manifestierten Beschwerden sei vorliegend ebenfalls gegeben (Urk. 1 S. 6 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 10. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien der Beschwerdeführerin in auch über den 30. Juli 2011 bzw. 30. November 2011 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin ersuchte in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2014 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), wovon der Beschwerdeführerin am 28. Mai 2014 Mitteilung gemacht wurde (Urk. 10).

### **E. 2.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art.

### **E. 2.2**

Im angefochtenen Entscheid wurden die Grundlagen betreffend den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden sowie die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhanges im Allgemeinen, bei Folgen eines Unfalles mit HWS-Schleudertrauma, dem Schleudertrauma äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirn-Trauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle und bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 4-5; Urk. 2 S. 9 f.). Richtig sind auch die Ausführungen zum Wegfall unfallbedingter Ursachen eines Gesundheitsschadens bei Erreichen des Status quo sine vel ante (Urk. 2 S. 5). Gleiches gilt betreffend die Grundsätze der Beweiswürdigung und den Beweiswert ärztlicher Berichte

und Gutachten ( Urk. 2 S. 5 f.).

Darauf wird verwiesen.

### **E. 2.3**

.1

Hervorzuheben ist, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1).

#### **E. 2.3.2**

Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehnisablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-P axis), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4 mit Hinweisen).

#### **E. 2.3.3**

Die Symptomatik nach einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS weist somatische und psychische Komponenten wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit,

Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung

u.s.w. auf (BGE 117 V 359 E. 4b). Daher erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach Distorsionen der HWS (ohne nachweisbare organische Unfallfolgen) grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109, welche für die Beurteilung der Adäquanz nicht zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden differenziert. Dies führt dazu, dass die in BGE 115 V 133 und BGE 134 V 109 unterschiedlich umschriebenen Adäquanzkriterien bei Folgen eines Schleudertraumas eher als bei einer nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Fehlentwicklung erfüllt sind. Deshalb muss die Zuordnung der Beschwerden insoweit geklärt sein, bevor entschieden werden kann, nach welcher Methode sich die Adäquanzprüfung richtet. Dabei ist es grundsätzlich Aufgabe der medizinischen Fachleute, darüber Auskunft zu geben, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des einer Differenzierung kaum zugänglichen, somatisch-psychischen Beschwerdebildes im Sinn der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt. Denn wenn in der Expertise überzeugend dargetan wird, dass die psychische Störung nicht Symptom der Verletzung ist, kann dafür eine andere Ursache gesehen werden

(Urteil des Bundesgerichtes 8C\_710/2011 vom 1. Juni 2012 E. 2.2 mit Hinweisen) . 3.

#### **E. 2.4**

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss gesamthaft betrachtet

eine kontinuierliche und mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbehandlung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 11.3 mit Hinweisen).

Die vorliegend dokumentierten ärztlichen Verlaufskontrollen, die durchgeführte Physiotherapie, der einmalige zweiwöchige stationäre Aufenthalt in der Klinik für Rheumatologie des Spitals I.\_\_\_\_ sowie die medikamentöse Schmerzbehandlung vermögen dieses Kriterium nicht zu begründen, ebenso wenig die vorgenommenen Infiltrationen der Schulter. Ausserdem nahm die Beschwerdeführerin offenbar die Medikamente nicht regelmässig ein ( Urk. 9/211 S. 38-39 und Urk. 9/56 S. 7 ), erschien nicht regelmässig in der Physiotherapie (vgl. E.

#### **E. 3**

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 21. Januar 2014 einen Anspruch von X.\_\_\_\_ auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die von ihr am 20. Februar 2014 beim hiesigen Gericht eingereichte Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess Nr. IV.2014.00209).

#### **E. 3.1**

Im Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_

betreffend die dortige Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 29. bis 31. Januar 2011 wurden als Diagnosen eine Commotio cerebri, eine HWS-Distorsion sowie Kontusionen der Schulter links, der LWS, des Sakrums sowie der proximalen Fibula beidseits aufgeführt. Die am Unfalltag durchgeführten bildgebenden Abklärungen ( Traumaspirale ) hätten keine interzerebrale Blutung, keine ossären Läsionen, keine freie Flüssigkeit, keine Organläsion, keinen Pneumothorax und keinen

Perikarderguss ergeben. Die engmaschige neurologische Überwachung während des stationären Aufenthaltes über 24 Stunden habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Der Beschwerdeführerin sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 29. Januar bis 5. Februar 2011 attestiert worden ( Urk. 9/4-5 ).

#### **E. 3.2**

Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Medizin, nannte in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 17. April 2011 ein persistierendes Lumbovertebralsyndrom am thorakolumbalen Übergang bei Status nach ausgeprägter Kontusion/Distorsion am 29.

Januar 2011 sowie eine Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) links. Die Beschwerdeführerin klagt hauptsächlich über ein thorakales Brennen in Ruhe, Schmerzen beim Einatmen sowie Kopfschmerzen. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % sei vorgesehen auf Mai 2011 ( Urk. 9/37; vgl. Urk. 9/39).

### **E. 3.3**

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, diagnostizierte im ärztlichen Zwischenbericht vom 21. April 2011 ein traumatisches thorakolumbospondylogenes Syndrom nach schwerem Verkehrsunfall am 29. Januar 2011 sowie eine posttraumatische PHS links. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei vorgesehen auf Mitte Mai ( Urk. 9/40).

### **E. 3.4**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. Juni 2011 ( Urk. 9/56) fest, laut den Angaben der Beschwerdeführerin sei es in den vergangenen fünf Monaten insgesamt zu einer Verbesserung gekommen, es bestünden jedoch nach wie vor erhebliche Schmerzen mit Maximum im Bereich der linken Schulter und im Kreuz, weniger im Bereich der HWS. Diagnostisch sei bei der Beschwerdeführerin von einem Distorsionstrauma der HWS auszugehen. Gleichzeitig sei es wohl auch zu einer Beteiligung der linken Schulter gekommen, indem aller Wahrscheinlichkeit nach eine Weichteilverletzung aufgetreten sei. Insgesamt müsse davon ausgegangen werden, dass derzeit wohl die Beschwerden im Bereich der Schulter und die damit im Zusammenhang stehende leichte Behinderung den Hauptanteil in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit einnehmen. Diesbezüglich komme eine intensive physikalische Behandlung in Frage, allenfalls auch eine Infiltration. Mit einer partiellen Arbeitsaufnahme von 50 % wäre dann spätestens anfangs Juli 2011 zu rechnen, mit einer vollständigen voraussichtlich einen Monat später ( Urk. 9/56).

### **E. 3.5**

Im Bericht an Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. August 2011 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe am 25. Juli 2011 die Arbeit zu 50 % wieder gestartet, habe aber nach wenigen Tagen erklärt, dass es mit der Schulter links nicht gehe. Diese stehe absolut im Vordergrund. Den Rücken habe sie nicht mehr erwähnt. Er denke, dass die Situation langsam kritisch werde wegen des Arbeitsplatzes. Er hätte bereits früh am 20. April 2011 die Schulter infiltriert mit dem Ergebnis, dass die Schmerzen über fünf Tage zugenommen hätten. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin auf Opiatpflaster angewiesen. Er habe sie informiert, dass die Schulter keine strukturelle Verletzung aufweise, welche die Prognose verschlechtere, und sie insgesamt gute Aussichten habe ( Urk. 9/64).

### **E. 3.6**

) und unterzog sich seit Dezember 2011 zumindest bis zur Begutachtung Ende November 2012 gar keinen Therapien mehr ( Urk. 9/211 S. 17) .

Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass zusätzlich auch psychische Beschwerden fortgesetzt spezifische ärztliche Behandlungen im Sinne der Rechtsprechung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) erforderlich gemacht hätten und daher die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis zu einer anderen Beurteilung führen würde. 6.2.5

Was das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen betrifft, ist zu bemerken, dass psychische Beschwerden bei Anwendung der Psychotherapie auch dann nicht in die Beurteilung mit einzubeziehen, wenn sie als körperlich imponieren (Urteile des Bundesgerichtes 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6 und 8C\_933/2014 vom 22. April 2015 E. 3.2.2.3).

Die im Vordergrund stehenden Schmerzen im Bereich der Schulter links sind demnach längstens bis Ende Oktober 2011 zu berücksichtigen. Da die Beschwerdeführerin nicht regelmässig in der Physiotherapie erschien

(vgl. E. 3.6) und auch die Medikamente nicht regelmässig einnahm (Urk. 9/56 S. 7), erscheint sodann nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es sich dabei um Dauerschmerzen, d.h. über den ganzen Zeitraum hin andauernde Schmerzen, gehandelt hat. Gleiches gilt hinsichtlich der HWS-Beschwerden, zumal die Beschwerdeführerin über solche auch nur zeitweise klagte. Das Kriterium „körperliche Dauerschmerzen“ gemäss Psycho-Praxis ist daher ebenfalls nicht erfüllt.

Das entsprechende Kriterium der erheblichen Beschwerden gemäss Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109 E. 10.2.4) beurteilt sich rechtsprechungsgemäss nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Alltag erfährt. Bei der Beschwerdeführerin fielen hinsichtlich der Beeinträchtigungen im Alltag vor allem die Schulterbeschwerden ins Gewicht, für deren Fortdauer nach dem Gesagten die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausschlaggebend war resp. ist. Die Einschränkung, unter welcher die Beschwerdeführerin leidet, kann also nicht (allein) auf die beim Unfall erlittene HWS-Distorsion zurückgeführt werden, weshalb das Kriterium der erheblichen Beschwerden jedenfalls nicht als in ausgeprägter Weise erfüllt erachtet werden könnte. 6.2.6

Eine ärztliche Fehlbehandlung sowie ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen wurden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich. 6.2.7

Da bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 beim Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur jene Zeiten zu berücksichtigen sind, in welchen die Beschwerdeführerin aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war, und die Beschwerdeführerin spätestens seit Ende Oktober 2011 – wenn überhaupt (vgl. E. 6.4) – ausschliesslich wegen der psychiatrischen Diagnose in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war, ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

Das entsprechende Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen gemäss Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109 E. 10.2.7; vgl. dazu statt vieler Urteil des Bundesgerichtes 8C\_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.7.1) wäre ebenfalls zu verneinen. Bis zum Fallabschluss ist lediglich ein kurzer Arbeitsversuch von wenigen Tagen dokumentiert, wobei dieser nicht wegen der HWS-Beschwerden, sondern wegen der – hier nicht zu berücksichtigenden – Schulterbeschwerden abgebrochen wurde. Dr. F.\_\_\_\_\_ attestiert denn der Beschwerdeführerin im November 2011 insbesondere wegen dieser Beschwerden weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/67 und Urk. 9/70). Ausserdem erschien die Beschwerdeführerin, wie erwähnt, nicht regelmässig in der Physiotherapie, nahm die Medikamente nicht regelmässig ein und unterzog sich seit Dezember 2011 bis zur Begutachtung im November 2012 gar keinen Therapien mehr (vgl. E. 6.2.4). 6.3

Somit ist keines der Kriterien gemäss Psycho-Praxis und höchstens eines der Kriterien gemäss Schleudertrauma-Praxis in einfacher Form erfüllt. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem am 29. Januar 2011 erlittenen Unfall und den laut Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses (Ende November 2011) anhaltenden Beschwerden ist deshalb jedenfalls zu verneinen. Die Voraussetzungen für eine über Ende November 2011 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sind demnach nicht gegeben. 6.4

Ob die gutachterlich über den Fallabschluss hinaus wegen der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit aus rechtlicher Sicht überhaupt relevant ist (vgl. dazu die im Bereich der Invalidenversicherung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden ergangene Rechtsprechung in BGE 130 V 352 resp. in BGE 141 V 281 [Änderung der Rechtsprechung], welche bei Bestehen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den Beschwerden sinngemäss auch im Bereich der Unfallversicherung Anwendung findet [BGE 136 V 279 resp. BGE 141 V 574]) kann unter diesen Umständen vorliegend offenbleiben. 7.

Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

### **E. 3.7**

Am 3. September 2011 berichtete Dr. E. \_\_\_ der Beschwerdegegnerin, anlässlich des Arbeitseinstiegs ab dem 25. Juli 2011 habe sich die Beschwerdeführerin zwar vom Rücken her erfreulicherweise genügend stabil gezeigt. Wie bereits Dr. A. \_\_\_ bemerkt habe, liege die Schwachstelle aktuell jedoch noch bei der linken Schulter. Wegen dieser habe die Beschwerdeführerin ab dem 3. August 2011 wieder krank geschrieben werden müssen. Da strukturell an der Schulter relativ geringe Schäden vorlägen, sei weiterhin von einer günstigen langfristigen Prognose auszugehen (Urk. 9/70).

### **E. 3.8**

Die Ärzte der Rheumaklinik des Spital s I. \_\_\_\_

fürten in ihrem Bericht vom 19. September 2011 betreffend die dortige Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 6. bis 19. September 2011 als Diagnosen ein chronifiziertes zervikales vidospondylogenes Schmerzsyndrom links, ein lumbovertebrales

Schmerzsyndrom, perimenopausale Blutungsstörungen im Sinne einer Menorrhagie bei Verdacht auf hormonelle Dysfunktion sowie eine leichtgradige PHS der linken Schulter an. Sie hätten eine ausgebaute Analgesie inklusive Opiaten und multimodaler Physiotherapie eingeleitet. Bei Beschwerdepersistenz unter ausgedehnter konservativer Therapie hätten sie die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung und die Indikation für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in einer spezialisierten Schmerzklinik gestellt (Urk. 9/81; vgl. Urk. 9/97).

### **E. 3.9**

Am 2. November 2011 berichtete Dr. F. \_\_\_\_ dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, diese habe anlässlich der letzten Untersuchung vom 1.

November 2011 vor allem über persistierende massive Schulterbeschwerden links mit Nachtschmerzen und Schmerzen bei geringster Belastung geklagt. Daneben klagte sie über thorakospondylogene Beschwerden (mittlere Brustwirbelsäule) sowie relativ geringe HWS-Beschwerden und lumbospondylogene Beschwerden. Vor allem wegen der Schulterbeschwerden links bleibe die Beschwerdeführerin für Reinigungsarbeiten nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 9/102).

### **E. 3.10**

Dr. A. \_\_\_\_ hielt in ihrer Aktenbeurteilung vom 21. November 2011 unter Bezugnahme auf die seit ihrer letzten Beurteilung vom 30. Juni 2011 neu aufliegenden Arztberichte zusammenfassend fest, aus neurologischer Sicht mit den völlig unauffälligen klinischen, elektrophysiologischen und radiologischen Befunden sei der Zusammenhang der jetzigen Beschwerden mit dem Unfall nicht mehr mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit gegeben. Die psychischen Faktoren, die im Zusammenhang mit einer Schmerzverarbeitungsstörung seien, seien nicht unfallbedingt. Andere unfallunabhängige Faktoren dürften zur Genese dieser Störung beigetragen haben (Urk. 9/109).

### **E. 3.11**

Dr. med. C. \_\_\_\_ , beratender Arzt der AXA Winterthur Versicherungen, wies in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2012 vorab darauf hin, dass es sich beim Unfall vom 29. Januar 2011 um ein heftiges Ereignis gehandelt habe, bei welchem der Körper der Beschwerdeführerin mit Sicherheit erheblich durchgeschüttelt worden sei, weshalb muskuläre, primär schmerzhafte Zerrungen der Muskulatur vor allem im Wirbelsäulenbereich durchaus nachvollziehbar seien. Dabei handle es sich aber um eine Verletzungsart, die erfahrungsgemäss innert drei bis maximal sechs Monaten abheile. Im Vordergrund stehe heute weder die zervikale noch eine lumbale Symptomatik, sondern eine Schmerzsituation des linken Schultergelenkes. Diesbezüglich sei eine Arthro-MRI-Untersuchung erfolgt, welche bei engem Subacromialraum eine Tendinose der Supraspinatussehne mit multiplen oberflächlichen, kleinen Partialrupturen gezeigt habe. Dabei handle es sich mit Sicherheit nicht um eine Unfallfolge, sondern um ein degeneratives Geschehen mit Impingement bedingter Aufrauung der bursalseitigen Oberfläche der Supraspinatussehne. Beim Unfall sei es zu einer Traumatisierung einer

möglicherweise bis anhin asymptomatische degenerativen Situation am Schultergelenk gekommen. Die erhobenen Befunde zeigten keine strukturelle Schädigungen, die mit dem Unfall vereinbar wären. Somit vermöge eine momentane Überlastung des Schultergelenkes auslösender Faktor für die nachfolgende und jetzt im Vordergrund stehende Einschränkung des Schultergelenkes sein. Der unfallkausale Anteil sei aber zwischenzeitlich sicher ausgeheilt. Eine richtunggebende Verschlimmerung liege nicht vor. Da der Unfall als auslösendes Moment zu betrachten sei und sich Unfallfolgen und Vorzustand negativ beeinflussten, sei die Abheilung der Unfallfolgen verzögert, so dass nach sechs bis neun Monaten diesbezüglich von einem Status quo sine auszu gehen und somit die danach noch bestehende Arbeitsunfähigkeit unfallkausal nicht mehr ausgewiesen sei. Man gewinne aufgrund der Aktenlage den Eindruck, dass sich die primär durchaus nachvollziehbaren Schmerzen selbstständig hätten und zum gegenwärtigen Zeitpunkt von einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen sei, die nicht mehr mit dem Unfall in Zusammenhang zu stellen sei ( Urk. 9/131).

### **E. 3.12**

Die Ärzte der Rheumapoliklinik des Spitals Z.\_\_\_\_ erhoben im Bericht an Dr. E.\_\_\_\_ vom 1. März 2012 eine PHS links seit Auffahrunfall vom Januar 2011 sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Die Zuweisung sei zur rheumatologischen Drittmeinung bei einer PHS links seit dem Auffahrunfall vom Januar 2011 erfolgt. Zusammenfassend gingen sie in der Beurteilung der Symptome und Befunde mit den Vorberichten aus dem I.\_\_\_\_ -Spital einig und beurteilten die Beschwerden als PHS links mit einer Tendenz zur Chronifizierung. Die bisher getätigten Untersuchungen seien umfangreich und ihrer Ansicht nach vollständig. Sie wiesen nicht auf eine strukturelle Läsion hin, welche die Beschwerden ausreichend erklären würden ( Urk. 9/165).

### **E. 3.13**

Im Gutachten des D.\_\_\_\_

vom 4. April 2013 ( Urk. 9/211) wurden als Diagnosen (1) ein Status nach Unfall mit cervicalem Beschleunigungstrauma am 29. Januar 2011 mit nur fraglich verzögert aufgetretener Irritation in C8 links, ohne Nachweis einer Läsion, sowie mit leichter traumatischer Hirnschädigung, (2) eine Periarthropathia

humeroscapularis links mit Impingement, (3) kleinere oberflächliche Partialrupturen der Supraspinatussehne links und eher enger Subacromialraum gemäss Arthro MRI vom Mai 2011, (4) eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel links mehr als rechts, (5) unspezifische Kreuzschmerzen, (6) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), (7) chronisches Spannungskopfweg, (8) ein Status nach zweimaliger Pyelonephritis links (2011), (9) anamnestisch Refluxösophagitis mit Status nach HP- Eradikationstherapie, seit fünf Jahren beschwerdefrei, (10) Entfernung einer Ovarialzyste rechts 2009, (11) eine arterielle Hypertonie anamnestisch sowie (12) ein Nikotinabusus angeführt ( Urk. 9/211 S. 42 und S. 43).

Die subjektiven Beschwerden könnten teilweise objektiviert werden. Klinisch bestünden Zeichen von periarthropathischen Schulterbeschwerden links mit Impingement. Zudem finde sich ein Hypertonus der Schultergürtelmuskulatur betont im Bereich des Trapezius beidseits, aber nur links druckdolent. Die Trophik an den Armen sei physiologisch. Die durchgeführten bildgebenden Abklärungen hätten keine relevanten Veränderungen dokumentiert. In der Arthro-MRT-Untersuchung vom 27. Mai 2011 hätten sich kleinere

oberflächliche Partiarupturen der Supraspinatussehne sowie ein eher enger Subacromialraum dar gestellt. Objektivierbar sei ferner im psychischen Bereich eine affektive Beeinträchtigung (Urk. 9/211 S. 41). Für die Beschwerden an der linken Schulter bestünden keine entsprechend morphologisch nachweisbaren Korrelate. Es handle sich hierbei um klinische Untersuchungsbefunde, die aber entsprechend den anamnestischen Angaben durchaus eine Korrelation aufwiesen. In Übereinstimmung mit der Aktenlage würden die geringen Veränderungen an der Supraspinatussehne links in der kernspintomographischen Abklärung als nicht unfallbedingt beurteilt (Urk. 9/211 S. 42).

Es liege eine psychische Fehlverarbeitung vor. Diese habe sich kontinuierlich ab Unfalldatum abgezeichnet. Die Mechanismen, welche zu dieser psychischen Fehlverarbeitung geführt hätten, lägen im Werteverlust der Beschwerdeführerin begründet (Urk. 9/211 S. 46). Das heute bestehende psychische Beschwerdebild sei für die Aufrechterhaltung der heute noch geklagten Beschwerden mitverantwortlich. Die weichteilrheumatisch-begründbaren Beschwerden seien auch heute noch nachweisbar. Sie seien mit dem psychischen Beschwerdebild verbunden und hätten sich insgesamt seit dem Ereignis vom 29. Januar 2011 nicht wesentlich verändert (muskulärer Hartspann etc.). Die jetzige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachkraft sei aufgrund der aktuell noch vorhandenen, teilweise auf den Unfall zurückzuführenden myofaszialen Befunde nicht beeinträchtigt. Aufgrund des mittelbar als Folge des Unfalles bestehenden psychischen Leidens sei die Beschwerdeführerin in ihrem Rendement zu 20 % eingeschränkt (Urk. 9/211 S. 46 und S. 47).

Die initial von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und die initial erhobenen weichteilrheumatischen Befunde seien geeignet, eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Im Verlauf hätten sich diese Beschwerden einerseits gebessert, andererseits fänden sich keine weiteren Hinweise, welche auf unfallbedingte organisch nachweisbare Befunde hinwiesen, vielmehr hätten die myofaszialen Befunde persistiert. Diese seien im weiteren Verlauf auch nicht mehr deutlich von allfälligen psychogenen Beschwerden getrennt, so dass nach Aktenlage zum Verlauf der rein unfallbedingten Beschwerden keine sicheren Angaben gemacht werden könnten. Nach allgemeiner Erfahrung wäre spätestens nach sechs Monaten mit einer vollschichtigen Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit zu rechnen gewesen, hätte sich das mittelbar als Folge des Unfalles sich einstellende dysfunktionale Verarbeitungsmuster bei der Beschwerdeführerin nicht entwickelt. Deshalb sei ihr eine sechsmonatige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Daran anschliessend bestünden bis dato nur mittelbar auf das Unfallereignis zurückzuführende Beeinträchtigungen des Rendements um 20 % (Urk. 9/211 S. 48) . 4.

#### **E. 4**

.

Zur Vervollständigung der Akten wurden Kopien aus den Akten der Invalidenversicherung (Prozess Nr. IV.2014.00209) erstellt (Urk. 11).

#### **E. 4.1**

Das polydisziplinäre Gutachten des D. \_\_\_ vom 4. April 2013 basiert auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen (internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie

die medizinischen Zustände und Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dargelegt. Insoweit erfüllt das D.\_\_\_\_ -Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 4.2**

Es steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 29. Januar 2011 eine Commotio cerebri (ohne Bewusstlosigkeit und Amnesie), eine HWS-Distorsion sowie Kontusionen der Schulter links, der LWS, des Sakrums sowie der proximalen Fibula erlitt (Urk. 9/1-5).

#### **E. 4.3**

Wie die Beschwerdegegnerin zu treffend erwog, haben die Gutachter des D.\_\_\_\_ – in Übereinstimmung mit den Vorakten – keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen

im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 2.3.1) erhoben. So ergab das am Unfalltag durchgeführte CT von HWS, Thorax und Abdomen keine Hinweise auf traumatische Organ- oder Weichteilläsionen oder auf frische traumatische Läsionen der abgebildeten ossären Strukturen (Urk. 9/3). Das CT des Neurokraniums zeigte keine interzerebrale Blutung (ICB) und war auch sonst unauffällig (Urk. 9/4-5). In den ebenfalls am Unfalltag durchgeführten Röntgenuntersuchungen der Schulter links fanden sich eine unauffällige Darstellung der ossären Strukturen und angrenzenden Weichteile sowie regelrechte Artikulationen (Urk. 9/3). Die MR-Arthrographie

der linken Schulter vom 27. Mai 2011 (Urk. 9/46) zeigte bei engem Subacromialraum eine leichte ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne signifikante transmurale Rissbildung mit möglichen kleineren oberflächlichen Partialrupturen auf der bursalen Seite. Dr. C.\_\_\_\_ legte aber in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2011 überzeugend dar, dass es sich bei diesen Befunden nicht um eine Unfallfolge, sondern um ein degeneratives Geschehen handle (vgl. E. 3.11), was denn von den Gutachtern des D.\_\_\_\_ auch bestätigt wurde

(Urk. 9/211 S. 42). Auch die weiteren Folgeuntersuchungen (Röntgen und MRI der HWS [September 2011, Urk. 9/72-73], Elektromyoneurographie [ENMG; September 2011, Urk. 79], MRI der LWS [Juni 2011, Urk. 9/55], Röntgen Thorax vom 7. Februar 2012 [Urk. 9/153]) wiesen nicht auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion hin (vgl. Urk. 9/165). Insbesondere konnte auch eine relevante C7- und C8-Läsion sowie eine Armplexusläsion ausgeschlossen werden (Urk. 9/211 S. 27).

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen nicht zu einem anderen Ergebnis zu führen. Wohl hielten die Gutachter fest, dass die subjektiven Beschwerden teilweise objektivierbar seien (klinische Zeichen von periarthropathischen Schulterbeschwerden links mit Impingement, Hypertonus der Schultergürtelmuskulatur betont im Bereich des Trapezius beidseits, aber nur links druckdolent (Urk. 9/211 S. 41 Ziff. 6.1.3). Myofasziale und tendinotische

bzw. myotendinotische

Befunde sind aber für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen

im Nacken oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat von Beschwerden qualifiziert werden ( vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.1 mit Hinweisen; bezüglich myofaszialen Schulterbeschwerden vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 6.2), worauf denn die Gutachter des D.\_\_\_\_ auch ausdrücklich hinwiesen ( Urk. 9/211 S. 43 Ziff. 6.1.5).

Fehlt es mithin an einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge, hat recht sprechungsgemäss eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen (vgl. E. 2.3.2).

#### **E. 4.4.1**

Die Beschwerdegegnerin geht – gestützt auf das D.\_\_\_\_ -Gutachten – davon aus, dass die Folgen der HWS-Distorsion sowie der Commotio cerebri spätestens nach sechs Monaten wieder abgeheilt und nicht dominant gewesen seien. Im Vordergrund hätten von Anfang an Beschwerden in der – anlässlich des Unfalles vom 29. Januar 2011 ebenfalls verletzten - linken Schulter gestanden, welche nicht zum typischen Beschwerdebild nach einer HWS-Distorsion

zählten ( Urk. 2 S. 10). Laut der gutachterlichen Beurteilung seien die Beschwerden sechs Monate nach dem Unfall nurmehr psychischer Natur gewesen ( Urk. 2 S. 9).

Dementsprechend nahm sie die Adäquanzprüfung - primär - nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) vor ( Urk. 2 S. 9 f.). Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber die Auffassung, die Adäquanzprüfung habe nach der Schleudertrauma-Praxis zu erfolgen ( Urk. 1 S. 6 f.).

#### **E. 4.4.2**

Praxisgemäss ist in Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, die Beurteilung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a; BGE 127 V 102 E. 5b/bb). Sofern nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild gesprochen werden kann, das einer Differenzierung kaum zugänglich ist, ist die Prüfung der adäquaten Kausalität unter dem Gesichtspunkt einer Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 vorzunehmen, das heisst, psychische Komponenten bleiben bei der Beurteilung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unberücksichtigt. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu der davon zu unterscheidenden ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, wenn also die schleudertraumaspezifischen Beschwerden im Verlauf der Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Mit anderen Worten gelangt auch nach einer Distorsion der HWS die Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zur Anwendung, sofern die im Anschluss an die Unfall aufgetretenen psychischen Störungen als selbständige Gesundheitsschädigung zu qualifizieren sind, die insofern sekundären Charakter trägt, als sie sich von (Langzeit-)Symptomen der beim Unfall erlittenen Distorsion der Halswirbelsäule unterscheidet (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_416/2011 vom 9. November 2011 mit Hinweisen).

#### **E. 4.5.1**

Laut den Vorakten klagte die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 29. Januar 2011 kurzfristig über Doppelbilder mit einhergehendem Schwindel,

über leichte Kopfschmerzen, initial vermehrte Müdigkeit sowie über Schmerzen im Bereich des Brustbeins, der HWS, der LWS, des Sakrums, der linken Schulter und am Unterschenkel; Bewusstlosigkeit und Amnesie wurden von ihr verneint (Urk. 9/5).

#### **E. 4.5.2**

Die Beschwerden im Bereich der LWS, des Brustbeins, des Sakrums und am Unterschenkel sind auf die am 29. Januar 2011 - nebst dem HWS-Trauma und der Commotio cerebri - erlittenen Kontusionen zurückzuführen; sie gehören nicht zu den typischen Beschwerden nach einem HWS-Trauma (vgl. E. 2.3.3). Ebenso verhält es sich bei den Schulterbeschwerden, zumal aufgrund der getätigten umfassenden Abklärungen keine von der HWS ausgehenden neurologischen Störungen im linken Arm objektiviert werden konnten (Urk. 9/211 S. 27 und S. 28; vgl. auch Urk. 9/109).

Da es sich bei all diesen Beschwerden nicht um organisch objektiv nachgewiesene Unfallfolgen handelt, ist insoweit die Adäquanz jedenfalls nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu prüfen (vgl. E. 2.3.2).

#### **E. 4.5.3**

Die initial geklagten Kopf- und HWS-Beschwerden sowie Müdigkeit gehören zwar zu den typischen Beeinträchtigungen nach einer HWS-Distorsion. Diese Beschwerden waren jedoch gemäss den medizinischen Vorakten im weiteren Verlauf im Vergleich zu den Schulterbeschwerden eindeutig von untergeordneter Bedeutung. So wurden Kopf- und HWS-Beschwerden sowie Müdigkeit in den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_

vom 17. resp. 21. April 2011 gar nicht aufgeführt (vgl. E. 3.2 und E. 3.3). In deren Berichten von August und September 2011 wurden sodann, wenn überhaupt, - nebst Schulterschmerzen - lediglich HWS-Beschwerden erwähnt. Dr. F.\_\_\_\_ mass diesen anfangs November 2011 jedoch ausdrücklich keinen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit - mehr - bei (E. 3.9; vgl. auch E. 3.7). Auch in den aktenkundigen Folgeberichten (vgl. Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2012, Urk. 9/141, und vom 6. Februar 2012, Urk. 9/152, sowie ferner den Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 26. März 2014, Urk. 9/220) bildeten diese kein Thema mehr.

#### **E. 4.5.4**

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hielt der psychiatrische Gutachter des D.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Beurteilung im Wesentlichen fest, mit dem Unfallereignis vom 29. Januar 2011 und der sich daran anschliessenden somatisch begründbaren Heilphase, welche mit Schmerzhaftigkeit verbunden gewesen sei, habe bei der Beschwerdeführerin eine verhängnisvolle Entwicklung eingesetzt, indem die Selbstbestimmtheit, welche für sie zuvor von wesentlicher Bedeutung gewesen sei, nicht mehr im früher gelebten Ausmass möglich gewesen sei. Es habe sich bei ihr rasch eine psychogene Überlagerung entwickelt, seines Erachtens einerseits als Ausdruck einer psychophysischen Dekompensation, vor allem aber auch im Sinne eines dysfunktionalen Verhaltens bei initial somatisch begründbarer Schmerzhaftigkeit. Davon ausgehend, dass initial eine somatische (Weichteil-)Verletzung im Bereich der Schulter wohl vorgelegen habe, sei diese mit zunehmender Dauer wohl wesentlich aufgrund der dann einsetzenden Schonung sekundär chronifiziert. Es habe sich zunehmend ein dysfunktionales Muster

entwickelt. Er stelle deshalb die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, da seines Erachtens die prämorbidem Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin für die deutlich erschwerte Schmerzbewältigung mindestens teilweise mitverantwortlich seien. Darüber hinaus müsse darauf hingewiesen werden, dass heute ein durchaus relevantes affektives (depressives) Leiden vor liege, welches den Zirkulus

vitiosus zwischen dysfunktionalem Verhalten, Schmerzverstärkung und affektivem Leiden unterstütze ( Urk. 9/44 S. 37 und S. 38).

Diese Feststellungen lassen darauf schliessen, dass es – unabhängig von der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis vom 29. Januar 2011 (auch) eine HWS-Distorsionsverletzung zugezogen hat – im Anschluss an den Unfall zu einer psychischen Fehlverarbeitung der Unfallfolgen in Form einer – eigenständigen - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gekommen ist . Davon gehen – nebst den Gutachtern – nicht nur Dr. H.\_\_\_\_

sowie Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.10 und E. 3.11) , sondern offenbar auch die Ärzte des Spitals I.\_\_\_\_ aus (vgl. E. 3.

#### **E. 4.5.5**

Es ergibt sich somit, dass die zum typischen Beschwerdebild einer HWS-Distorsion gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben waren , wobei es sich dabei insbesondere um somatische Beschwerden (Kopf- und HWS-Beschwerden) handelt . Von den weiteren zum typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b) wurde – erst rund zehn Monate nach dem Unfall - einzig eine depressive Symptomatik erwähnt, welche nach dem Gesagten aber überwiegend wahr scheinlich nicht dem Schleudertrauma zuzuordnen ist . Unter diesen Umständen kann nicht von einer Differenzierung kaum zugänglichen, somatisch-psychischen Beschwerdebild im Sinne der Schleudertrauma-Rechtsprechung gesprochen werden kann . Ausserdem spielten die Kopf- und HWS-Beschwerden im Verlauf der Entwicklung seit dem Unfall vom 29. Januar 2011 bis zum Fall abschlusses (Ende November 2011) gesamthaft nur eine untergeordnete Rolle .

#### **E. 4.6**

Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung – primär - nach der Psychopraxis vorgenommen hat (vgl. E. 4.2.2 ) . 5.

#### **E. 5**

.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 5.1**

Der Zeitpunkt des allfälligen Fallabschlusses - und damit der in diesem Zusammenhang gegebenenfalls vorzunehmenden Adäquanzprüfung - ist dann gegeben, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Beserung des - unfallbedingt

beeinträchtigt - Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind ( Art. 19 Abs. 1 UVG) . Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist . Die Verwendung des Begriffes „ namhaft" in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

## **E. 5.2**

Bei Anwendung der Psychopraxis ist die Prüfung der Adäquanz in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Beschwerden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.1 mit Hinweisen).

Aufgrund der Feststellungen der Gutachter des D.\_\_\_\_ sowie insbesondere auch von Dr. C.\_\_\_\_ kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf die - nicht organisch objektiv nachgewiesenen – somatischen Beschwerden spätestens neun Monate nach dem Unfall vom 29. Januar 2011 , also Ende Oktober 2011,

der Status quo sine vel ante erreicht und der Beschwerdeführerin aus organischer Sicht die angestammte Tätigkeit vollumfänglich zumutbar war; einschränkend wirkte sich spätestens ab Ende Oktober 2011 ausschliesslich die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus.

Dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. November 2011

IV-Eingliederungsmassnahmen zur Diskussion standen, wurde nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Der Fallabschluss per Ende November 2011 war demnach rechtens (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 9 mit Hinweisen). 6. 6.1

### **6.1.1**

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis . Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehnisablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften ( statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C\_655/2010 vom 15. November 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine unfallanalytische oder biomechanische Analyse vermag allenfalls gewichtige Anhaltspunkte zur – einzig mit Blick auf die Adäquanzprüfung relevanten - Schwere des Unfallereignisses zu liefern; sie bildet jedoch für sich allein in keinem Fall eine hinreichende Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_897/2008 vom 31. März 2009 E. 5.1 mit Hinweisen). 6.1.2

Gemäss Polizeirapport der Stadtpolizei Zürich ereignete sich das fragliche Unfallereignis vom 29. Januar 2011 um ca. 13 Uhr bei bedeckter Witterung und auf trockenem Asphaltbelag . Der Lenker eines Sattelmotorfahrzeuges der Marke Mercedes lenkte dieses von der Hardbrücke über die Hardturm -Rampe auf die Hardturmstrasse . Kurz nach der Abfahrt wurde dem Lenker des Sattelmotorfahrzeuges schwarz vor Augen. Er versuchte,

das Sattelmotorfahrzeug anzuhalten, kollidierte jedoch mit dem Personenwagen der Marke VW Touran, welcher vom Ehemann der Beschwerdeführerin gelenkt wurde und in welchem diese als Beifahrerin sass. Der VW wurde in einen Personenwagen der Marke BMW geschoben, welcher vor dem VW an einer Lichtsignalanlage stand (Urk.

#### **E. 8**

). Was die vom psychiatrischen Gutachter überdies festgestellten depressiven Symptome (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) betrifft, ist vorab festzuhalten, dass in den Vorakten erstmals und einzig am 5. Dezember 2011 (Bericht von Dr. E. \_\_\_ an den Rechtsvertreter der Beschwerde, Urk. 9/125) von der Entwicklung einer depressiven Episode die Rede war. Auf Nachfrage des psychiatrischen Gutachters äusserte Dr. E. \_\_\_ am 28. November 2012, die Beschwerdeführerin habe insbesondere ein Jahr zuvor eine schlechte Phase durchgemacht. Sie habe einen wesentlichen Teil ihrer Identität auch aus ihrer Arbeit bezogen. Nachdem die Anstellungen gekündigt worden seien – die Kündigungen der Y. \_\_\_ AG sowie der J. \_\_\_ AG erfolgten am 14. resp. 20. September 2011 per 30. November 2011 (Urk. 9/78 und Urk. 9/139) – sei es für sie schwierig gewesen (Urk. 9/44 S. 28 und S. 29). Auch für die depressive Symptomatik zeichnet demnach überwiegend wahrscheinlich nicht der Umstand verantwortlich, dass die Beschwerdeführerin (auch) eine HWS-Distorsion erlitten hat. Vielmehr dürfte die depressive Symptomatik massgeblich auf unfallfremde psychosoziale Faktoren (Stellenverlust) zurückzuführen sein. Hinzu kommt, dass der psychiatrische Gutachter zwar eine verminderte Vitalität sowie einen etwas verminderten Antrieb erhob. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, welche erfahrungsgemäss nach einer HWS-Distorsion auftreten können, wurden vom psychiatrischen Gutachter hingegen ausdrücklich verneint (Urk. 9/211 S. 34). Solche – zum typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma der HWS gehörenden (vgl. E. 2.2.3) – Störungen ergeben sich auch nicht aus den Vorakten, ebenso wenig eine allfällige Wesensveränderung.

#### **E. 10**

Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichtes 8C\_124/2014 vom 14. November 2014 E. 6.1 mit Hinweisen).

#### **E. 11**

S. 3-6 und Urk. 3/3).

Gemäss dem unfallanalytischen Kurzgutachten der AXA Winterthur vom 5. Mai 2011 erfuhr der VW durch den Heckaufprall eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von ca. 27 bis 35 km/h. Die VW-Insassen bewegten sich infolge dieser ersten Kollision initial in einem Winkel von ca. 0° (zur Fahrzeugsachse) nach hinten. Beim Aufprall auf den BMW betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ca. 14 bis 19 km/h. Die Insassen des VW bewegten sich infolge dieser zweiten Kollision in einem Winkel von ca. 0° (zur Fahrzeugsachse) nach vorne (Urk. 3/4). 6.1.3

Die Beschwerdegegnerin hat das Unfallereignis vom 29. Januar 2011 als mittel schweren Unfall im engeren Sinn eingestuft. Entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbart vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 8) ist diese Beurteilung nach Lage der Akten und mit Blick auf die Kasuistik bei einfachen Auffahrkollisionen, einschliesslich Doppelkollisionen mit

primärer Heckkollision und sekundärer Frontalkollision (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_304/2008 vom 1. April 2009 E. 5.1 mit Hinweisen) nicht zu beanstanden. Speziell zu erwähnen ist das Urteil des Bundesgerichtes 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008, in welchem ebenfalls über eine Zweifachkollision zu befinden war, wobei das Bundesgericht zum Schluss gelangte, der Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren. In diesem Fall wurde ein Delta- $\Delta$  V von 30 bis 35 km/h ermittelt. Durch die Aufpralle wurden bei diesem Unfall jedoch nicht nur Fahrzeugheck und Front vollständig zertrümmert und deformiert, sondern überdies im Fahrzeuginnern die Sitzlehnen verbogen. Sodann wurde das Fahrzeug des Versicherten in diesem Fall nicht nur in ein weiteres Fahrzeug hinein geschoben, die Wucht des Aufpralles reichte vielmehr aus, dass sich dieses weitere Fahrzeug durch das Auffahren querdrehte, ebenfalls einen Totalschaden erlitt und seinerseits in ein drittes Fahrzeug geschoben wurde (vgl. demgegenüber die fotografisch dokumentierten Endlagen und Schäden der am Ereignis vom 29. Januar 2011 beteiligten Fahrzeugen, Urk. 3/3). Der im Urteil des Bundesgerichtes 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2008 zu beurteilende Unfall war demnach mit wesentlich höheren Krafterwirkungen verbunden als das vorliegende zu beurteilende Ereignis. 6.2.1

Bei der Einordnung des Unfalls als mittelschwer im engeren Sinne kann die Adäquanz nur dann bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien

(gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa) erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 5.2).

#### 6.2.2

Das Kriterium „besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls“ ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der

versicherten Person. Zwar ist dem Unfallereignis vom 29. Januar 2011 eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren. Zu beachten ist jedoch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 4. Auflage 2012, S. 69-70).

Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass keine Umstände erkennbar sind, welche das Unfallereignis vom 29. Januar 2011 als besonders eindrücklich oder besonders dramatisch erscheinen liessen. Insbesondere stellen auch die erfolgte Doppelkollision sowie die Tatsache, dass das auffahrende Fahrzeug ein Sattelmotorfahrzeug war, keine besonderen Umstände dar (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_304/2008 vom 1. April 2009 E. 5.2.1 und 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 4.3.1).

Gleiches ergäbe sich bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, stimmt doch das entsprechende Kriterium dieser Praxis (BGE 134 V 109 E. 10.2) mit demjenigen der Psychopraxis überein. 6.2.3

Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung betrifft, so

zog sich die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion, eine Commotio cerebri (ohne Bewusstlosigkeit und Amnesie) sowie diverse Kontusionen zu. Damit lagen insgesamt keine somatischen Verletzungen von besonderer Schwere und Art bzw. insbesondere keine Verletzungen vor, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen

auszulösen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 11.2).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin wäre auch das entsprechende Kriterium gemäss Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109 E. 10.2.2; vgl. dazu statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C\_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.2 mit Hinweisen) nicht als erfüllt zu betrachten. Weder ist von einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden noch von besonderen Umständen, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, auszugehen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte (Urk. 2 S. 13), ist insbesondere auch nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall eine besondere Körperhaltung eingenommen hat, erfolgte doch gemäss Aktenlage die Stossrichtung bei beiden Auffälligkeiten in Achsenrichtung (vgl. E. 6.1.2) und hielt die Beschwerdeführerin den Kopf gerade (Urk. 9/1). 6.

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