

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00061 vom 10. Dezember 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00061](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00061)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00061 du 10 décembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00061 del 10 dicembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung ( UVG ) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ( Krankheit, Invalidität, Tod ) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ( BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen ).

### **E. 1.2**

Am 11. März 2006 wurde die Versicherte ausserdem in einen Auffahrunfall verwickelt ( Schadenmeldung vom 23. März 2006, Urk. 10/1 ; Polizeirapport vom 11. März 2006, Urk. 10/22 ).

Bei beklagten Nackenschmerzen und Schwindel wurde im Stadtspital A.\_\_\_\_ eine HWS-Distorsion diagnostiziert ( Urk. 10/14 ).

#### **E. 1.2.1**

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. 1.2.2**

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 ).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweis).

Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 188).

### **E. 1.2.3**

Sind die geklagten Beschwerden unfallkausal, aber nicht im Sinne der Rechtsprechung objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen und sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleuder trauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 126 ff. 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 140 V 140 E. 6c/ aa), anzuwenden (nachfolgend E. 1.2.4).

### **E. 1.2.4**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten 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 banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist,

einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

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

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 Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie 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 andern 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). 2. 2.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Februar 2014 führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, gestützt auf das

Gutachten der MEDAS H.\_\_\_\_

sei ausgewiesen, dass bei der Beschwerdeführer in auf grund der Unfallereignisse vom 28. Februar 2006, 11. März 2006 und 12. Juli 2010 keine objektivierbaren, somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Da es in diesem genständiges psychisches Leiden im

Vordergrund stehe, sei der adäquate Kausalzusammenhang für alle drei Unfallereignisse gemäss denjenigen Kriterien zu prüfen, die bei psychischen Störungen nach Unfällen gelten würden.

Da alle drei Unfallereignisse höchstens als mittelschwere, an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren seien und von den massgebenden Adäquanzkriterien keines erfüllt sei, sei der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen, weshalb weder ein Anspruch auf eine Rente noch auf eine Integritätsentschädigung bestehe (Urk. 2, Urk. 8).  
2.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen mit Verweis auf die Ausführungen ihres behandelnden Arztes Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vor, dass ihre

Beschwerden organisch erklärbar seien und der adäquate Kausalzusammenhang deshalb nicht mittels der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Psycho-Praxis geprüft werden dürfe (Urk. 1 S. 6 ff.).

Selbst wenn jedoch von fehlenden organisch nachweisbaren Unfallfolgen auszugehen würde – so die Beschwerdeführerin weiter – bestehe ein Leistungsanspruch, da der adäquate Kausalzusammenhang auch in diesem Falle zu bejahen wäre. Entgegen der Beurteilung der Beschwerdegegnerin sei der Auffahrunfall vom 11. März 2006 als schwerer Unfall im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren. Ausserdem seien auch die massgebenden Adäquanzkriterien erfüllt (Urk. 1 S. 8 ff.). 3.

Die Beschwerdeführerin wurde in der MEDAS H.\_\_\_\_ am 15. Dezember 2011 rheumatologisch, am 19. Dezember 2011 neurologisch

und 22. Dezember 2011 psychiatrisch untersucht (Expertise vom 17. April 2012 [Urk. 9/128]; psychiatrisches Teilgutachten vom 12. März 2012 [Urk. 9/127]; neurologisches Teilgutachten vom 21. Dezember 2011 [Urk. 9/129]).

Sie

klagte über Schmerzen im Bereich des linken Fusses, des Rückens, der bei den Handgelenke und des Kopfes. Sodann berichtete sie über ein Sausen in bei den Ohren, über Vergesslichkeit sowie über Gefühlsstörungen respektive

eine Überempfindlichkeit auf Berührung und Druck im Bereich der linken unteren Extremität. Seit

sechs Jahren könne sie sich ausserhalb ihrer Wohnung nur mit Hilfe von zwei Stöcken fortbewegen (Urk. 9/128 S. 39).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/128 S. 49): - Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4); - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Als ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachteten sie die folgenden Diagnosen (Urk. 9/128 S. 50): - Myotendinotisches

Zervikalsyndrom ohne nachweisbare strukturelle Läsion der Halswirbelsäule; - Restbeschwerden ohne objektivierbare strukturelle Läsion bei Status nach Distorsion des linken OSG am 28. Februar 2006 mit Syndesmosenverletzung und Status nach

Syndesmosennaht am 18. April 2006, möglicherweise passageres CRPS I und Verdacht auf CRPS II; - unspezifische Rückenschmerzen; - Handgelenksbeschwerden beidseits, Verdacht auf kleines volares Ganglion rechts; - Akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z 73.1) mit leicht perfektionistischen zwanghaften Zügen und Persönlichkeitsanteilen wie labilem Selbstwertgefühl, hohem Abhängigkeitsbedürfnis und erhöhte r

Angstbereitschaft; - Opioidabhängigkeit (ICD-10 F11.25); - Kopfschmerzen vom Spannungstyp.

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass keine r der drei Unfälle zu einer schwerwiegenden Körperverletzung geführt habe. Trotzdem habe sich ein weitgehend therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom entwickelt

(Urk. 9/128 S. 44). Früh im Verlauf sei ein ausserordentlich hohes subjektives Schmerzniveau erwähnt worden, welches man mit relativ hohen Dosen von Schmerzmitteln anzugehen versucht habe. Ob die in den diversen Berichten erwähnten Analgetikadosen dabei der tatsächlich

eingenommenen Dosis entsprochen hätten, sei nicht mehr feststellbar. Mit Ausnahme des neurologischen Gutachtens bei Dr. D.\_\_\_\_

sei nie ein Serumsspiegel

durchgeführt worden. Letzterer habe in seinem Bericht vom August 2008 festgehalten, dass der Serumsspiegel von Tramal und Paracetamol nicht im Bereich gelegen habe, welcher

aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin zu erwarten gewesen wäre (Urk. 9/128 S. 45). Völlig diskrepant zum massiven subjektiven Schmerzsyndrom hätten in der Vergangenheit nur wenig

„harte“ objektive Befunde erhoben werden können. Magnetresonanztomographisch seien Zeichen einer partiellen Syndesmosenverletzung

im linken distalen Unterschenkel sowie elektromyographisch Zeichen einer leichten Schädigung im

Muskulus

tibialis

anterior festgestellt worden. Diese Schädigung habe der Neurologe PD Dr. J.\_\_\_\_ auf eine Läsion des Nervus

peroneus zurückgeführt

(Urk. 9/128 S. 45).

Unter Hinweis auf die neurologische Untersuchung hielten sie dafür, es sei nicht sicher, ob es am linken Unterschenkel zu einer Nervenläsion gekommen sei. Die Motorik sei nicht vereinbar mit einer reinen Peroneusläsion. Die sensible Störung betreffe sodann den Nervus

peroneus

communis, den Nervus

suralis sowie die Sohle lateral, weshalb sie nicht durch eine Peroneusläsion erklärbar sei. Eine partielle sensible Störung des Nervus

peroneus sei möglich, erkläre aber keineswegs das Ausmass der geklagten Beschwerden und die geltend gemachte Behinderung. Im Vordergrund stehe ein subjektives Beschwerdebild, das sich zu einer verselbständigten chronischen Schmerzkrankheit entwickelt habe (Urk. 9/128 S. 46).

Dass vorübergehend eine Sudeckdystrophie (CRPS Typ I) vorgelegen habe, sei möglich, aber nicht gesichert. Aus den Akten würden sich hierzu divergierende Angaben ergeben. Der aktuelle klinische Befund spreche gegen eine Sudeck dystrophie.

Differenzialdiagnostisch sei ein CRPS Typ II nach Nervenverletzung zu diskutieren, wobei dies lediglich als Verdachtsdiagnose festgehalten werden könne. Objektive Beweise für eine Nervenläsion gebe es nicht (Urk. 9/128 S. 46 f.).

Aus psychiatrischer Sicht wurde eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (Urk. 9/128/49).

Die Gutachter kamen gemeinsam zum Schluss, dass sich auf der Ebene gesicherter objektivierbarer somatischer Befunde keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen liessen. Hingegen sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Diesbezüglich seien dringend professionell begleitete Wiedereingliederungsversuche angezeigt (Urk. 9/128 S. 50).

### **E. 1.3**

Die SUVA trat auf beide Schadenfälle ein und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen ( Taggeld- sowie Heilbehandlungsleistungen ; Urk. 9/108 ). Bei diversen persistierenden Beschwerden – unter anderem im Bereich der linken unteren Extremität und des Nackens - war die Versicherte vom 13. September 2006 bis 11. Oktober 2006 im Rehabilitationszentrum B.\_\_\_\_ (Urk. 10/37, Urk. 10/45) sowie vom 18. Juni 2007 bis 14. Juli 2007 in der Klinik C.\_\_\_\_ (Urk. 9/55)

hospitalisiert.

Bei weiterhin beklagten Beschwerden wurde am 22. und 28. Juli 2008

eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH (Neurologischer Konsiliarbericht vom 4. August 2008

[ Urk. 10/123 ]

sowie Zusatzbericht vom 27. Juli 2009 [Urk. 9/78 ], am 20. August 2008 eine psychiatrische Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH ( Bericht vom 16. Dezember 2008, Urk. 10/126) sowie am 11. März 2009 eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation ( Bericht vom 11. März 2009

[ Urk. 10/133 ]

sowie Nachtrag vom 27. April 2009 [Urk. 9/72 ] )

durchgeführt. Gestützt auf diese Untersuchungen stellte die SUVA der Versicherten daraufhin in Aussicht, den Fallabschluss per Ende Juli 2010 vorzunehmen (Urk. 10/148, Urk. 10/151).

#### **E. 1.4**

Am 12. Juli 2010 wurde die Versicherte in einen weiteren Auffahrunfall verwickelt (Schadenmeldung vom 22. Juli 2010, Urk. 11/1, Polizeirapport vom 19. August 2010, Urk. 11/22). Die Versicherte zog sich dabei ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma zu (Urk. 11/9).

Die SUVA trat auch auf diesen Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 11/5).

Nachdem am 17. November 2010 in der Rehaklinik G.\_\_\_\_ ein ambulantes Assessment durchgeführt worden war (Urk. 11/37), veranlasste die SUVA eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten bei der MEDAS H.\_\_\_\_ (Expertise vom 17. April 2012 [Urk. 9/128]; psychiatrisches Teilgutachten vom 12. März 2012 [Urk. 9/127]; neurologisches Teilgutachten vom 21. Dezember 2011 [Urk. 9/129]).

Die MEDAS-Gutachter kamen zum Schluss, dass keine objektiv nachweisbaren somatischen Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestünden (Urk. 9/128 S. 58), worauf die SUVA ihre Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 5. April 2013 (Urk. 9/134) mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen per 30. April 2013 einstellte und einen Anspruch auf eine Rente sowie auf eine Integritätsentschädigung verneinte.

Die von der Versicherten am 8. Mai 2013 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/138) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom

#### **E. 3**

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 19. November 2014 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Die von der Versicherten hiergegen am 23. Dezember 2014 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2014.0 1341).

#### **E. 4**

Dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten das Vorliegen relevanter objektivierbarer somatischer Befunde verneinte (vgl. E. 1.2.2), ist nicht zu beanstanden, da

trotz umfangreichen Abklärungen eine auf die Unfälle zurückzuführende relevante körperliche Schädigung nicht nachgewiesen werden konnte. Dies gilt entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin – gleichermassen für die von ihr behauptete Schädigung der Nervenstrukturen (Urk. 1 S. 8). Im MEDAS-Gutachten wurde zu dem von PD Dr. J.\_\_\_\_ im Jahr 2007 geäußerten Verdacht einer Läsion des Nervus

peroneus (Urk. 1 S. 8 Rz 17; Urk. 9/50 S. 4) ausreichend Stellung genommen, wobei die MEDAS-Gutachter eine Verletzung dieses Nervs

nach durchgeführten Untersuchungen lediglich als möglich erachteten und zudem anfügten, selbst bei Annahme einer solchen Verletzung könnte dies keineswegs das Ausmass der geklagten Beschwerden und die geltend gemachte Behinderung erklären. Nachweisbar war eine solche Verletzung somit nicht (vgl. auch Urk. 9/128 S. 46 f.). Dies machte im Übrigen auch der behandelnde Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, auf dessen Beurteilungen die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift verweist, nicht geltend (Urk. 1 S. 7 mit Verweis auf Urk. 9/126).

Gegenteils hielt er diesbezüglich fest, angesichts der negativ ausgefallenen elektrophysiologischen Untersuchung bestehe keine Verletzung der (Nerven)Hauptstämme, weshalb

die Schmerzen im Bereich der linken unteren Extremität am ehesten durch Verletzungen der Verästelungen der Nervenstrukturen zu erklären seien (Urk. 9/126).

Dies vermag selbstredend

die Anforderungen an objektivierbare Befunde (E. 1.2.2) nicht zu erfüllen. Aus einem nachfolgenden Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2013 (in den Akten des Verfahrens Prozess-Nr. IV.2014. 0 1341, Urk. 13/95/2) ergibt sich denn auch, dass eine erneute Konsultation bei Dr. J.\_\_\_\_ eine normale Neurographie und normale Muskelpotentiale gezeigt habe, was darauf hindeute, dass die ursprünglich genannte motorische Schädigung zurückgegangen sei.

Die MEDAS-Gutachter setzten sich sodann auch eingehend mit der in der Vergangenheit teilweise geäusserten Vermutung eines CRPS auseinander und kamen zum Schluss, dass der klinische Befund gegen eine solche Störung spreche. So liessen sich insbesondere keine trophischen Störungen objektivieren (Urk. 9/128 S. 48) - wobei der neurologische Gutachter dafürhielt, dass es auch in der Vergangenheit zu keiner sicheren trophischen Störung gekommen sei, eine solche Störung in der Regel jedoch ein für die Diagnose notwendiges Kriterium darstelle (Urk. 9/129 S. 9) –

und war im Übrigen

auch der klinische Befund weitgehend unauffällig

( siehe Urk. 9/129 S.5 f. und Urk. 9/128 S. 42 f.) . Zum gleichen Schluss kamen

denn auch die Gutachter der

K.\_\_\_\_ AG, welche nach durchgeführte r polydisziplinäre r

Abklärung im Auftrag der IV-Stelle im März 2011 das Vorliegen eines CRPS ebenfalls als nicht ausgewiesen erachteten ( Prozess-Nr.

IV.2014.01341, Urk. 13/45/36 ) . Trotz bereits in der Vergangenheit durchgeführten umfangreichen Abklärungen blieb es somit lediglich beim Verdacht auf ein CPRS, welcher

klinisch nicht bestätigt werden konnte . Angesichts dessen kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, sie leide an einem CPRS II (Urk. 13/1 unter Hinweis auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_, Urk. 13/2), nicht gefolgt werden.

### **E. 5.1**

Soweit allfällig bedeutsame gesundheitliche Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht bestehen sollten – was vorliegend mangels Relevanz offen bleiben kann - , hat die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht den adäquaten Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen verneint, wie im Nachfolgenden zu zeigen ist (E. 5.2 f.) . Dass sie diesbezüglich die Adäquanz nach der Psychopraxis beurteilte (vgl. E. 1.2.3 f.) , wurde nicht bemängelt und gibt auch zu keinen Beanstandungen Anlass . So handelt es sich bei der von den MEDAS-Gutachtern diagnostizierten dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) nicht um für ein Schleudertrauma typisch zu bezeichnendes Beschwerdebild ,

sondern um ein eigenständiges psychisches Leiden ( Urk. 9/128 S. 53), womit rechtsprechungsgemäss die Adäquanztprüfung nach der Psycho-Praxis vorzunehmen ist (Urteil 8C\_51/2012 vom 29. Januar 2013, E. 4 , mit Hinweis auf

Rumo -Jungo /Holzer , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht , Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl. 2012, S. 60 ) . Im Übrigen sind die noch geklagten Beschwerden gemäss Einschätzung der Gutachter weitüberwiegend auf die Fussverletzung zurückzuführen ( Urk. 9/128/53).

## **E. 5.2**

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte zu Recht alle drei Unfallereignisse als leichte bis höchstens mittelschwere Unfälle

(Urk. 2 S. 7 ff).

So handelt es sich beim ersten Unfall vom 28. Februar 2006 um einen Sturz im Wohnzimmer

infolge eines eingeschlafenen Beines (Urk. 9/1) und bei den Unfällen vom 11. März 2006 und 12. Juli 2010 um zwei gewöhnliche Auffahrunfälle , wobei es zu kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen von lediglich 8,2 bis 12,3 km/h ( beim ersten Auffahrunfall, Urk. 10/53 S. 1) respektive von 14 bis 18 km/h

(beim zweiten Auffahrunfall, Urk. 11/33 S. 1) kam (vgl. Urteil U 380/04 vom 15. März 2005 E. 5.1.2, wonach Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug regelmässig in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereiht werden sowie etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2007 vom 7. Mai 2010

## **E. 5.3**

Es ist sodann auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die massgebenden Adäquanzkriterien

(E. 1.2.4) nicht als erfüllt betrachtete.

Dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit sind bei allen drei Unfällen nicht gegeben. Der Umstand, dass die Fussverletzung im Zeitpunkt des Auffahrunfalles vom 11. März 2006 noch nicht ausgeheilt war , genügt für die Bejahung dieses Kriteriums entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9) nicht, zumal es sich nicht um eine ungewöhnlich schwerwiegende Verletzung am Fuss handelte ( Syndesmosenruptur , Sachverhalt E. 1.1) und

im Übrigen aus den Akten nicht ersichtlich ist , dass der Fuss anlässlich des Auffahrunfalles zusätzlich erheblich geschädigt worden wäre (Urk. 10/14) .

Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist sodann ebenfalls nicht erfüllt . So konnten bei beiden Auffahrunfällen strukturelle Läsionen ausgeschlossen werden ( erster Auffahrunfall: Urk. 10/13, Urk. 10/17, Urk. 10/20, Urk. 10/27, Urk. 10/28; zweiter Auffahrunfall: Urk. 11/9-11, Urk. 11/14, Urk. 11/19 ) und beim Abknicken des Fusses erlitt die Beschwerdeführerin

einzig eine Syndesmosenruptur , welche operativ saniert werden konnte (Urk. 9/12 ; vgl. etwa Urteil 8C\_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.3, wonach ein Fersenbeinbruch nicht geeignet ist, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen ). Für die in der Folge aufgetretenen Beschwerden im Bereich der linken unteren Extremität konnten keine

objektivierbaren somatischen Befunde mehr erhoben werden. Zwar wurde teilweise auf ein mögliches CRPS hingewiesen, wobei die Symptome jedoch keine sichere Diagnosestellung zulassen (vgl. E. 3 und E. 4).

Was die Kriterien der langen ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen, des schwierigen Heilungsverlaufs und der langandauernden Arbeitsunfähigkeit betrifft, so sind diese allesamt nicht erfüllt, da bei der Prüfung der Kriterien nach BGE 115 V 133 die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen

sind.

Die beim Sturz vom 28. Februar 2008 erlittene Syndesmose-ruptur wurde operativ saniert, wobei das Osteosynthesematerial am 6. Juni 2006 entfernt wurde (Urk.

9/12) und für die nachfolgenden Beschwerden kein organisches Korrelat mehr gefunden werden konnte. Beim Auffahrunfall vom 11. März 2006 erlitt die Beschwerdeführerin sodann zwar eine HWS-Distorsion (Sachverhalt E. 1.2), die beklagten Beschwerden konnten jedoch ebenfalls bereits nach kurzer Zeit nicht mehr durch diese Verletzung erklärt werden: Bereits im Juni 2006 wurde der Verdacht auf eine funktionelle Symptomatik geäußert (Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie vom 14. Juni 2006, Urk. 10/28 S. 3) und die Ärzte des Z.\_\_\_\_ berichteten im August 2006, es bestehe ein recht diffuses Schmerzsyndrom, welches aktuell teilweise entsprechend der als „typisch“ bezeichneten Symptomatik nach Erleiden eines indirekten HWS-Traumas zu verstehen sei, jedoch im Ausmass darüber hinausgehe und eine erhebliche psychosomatische Komponente anzunehmen sei (Urk. 19/43 S. 2). Dr. D.\_\_\_\_ hielt schliesslich im neurologischen Konsiliarbericht vom 4. August 2008 dafür (Urk. 10/123), aufgrund der HWS-Verletzung seien lediglich Beschwerden während dreier Monate erklärbar gewesen (Urk. 10/123 S. 3 f.). Infolge des zweiten Auffahrunfalls vom 12. Juli 2010 wurde sodann überhaupt keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 11/9) und die Untersuchungen ergaben unauffällige Befunde (Urk. 11/11, Urk. 11/19).

Dass schliesslich eine ärztliche Fehlbehandlung vorgelegen hätte, ist nicht ausgewiesen. Die Kriterien sind somit allesamt nicht erfüllt, weshalb die Beschwerdegegnerin einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen und allfällig noch bestehenden psychischen Beschwerden zu Recht verneinte.

#### **E. 5.4**

Die Beschwerde ist infolgedessen vollumfänglich abzuweisen. 6. 6.1

Weil vorliegend die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSV Ger) erfüllt sind (Urk. 3/5), ist der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Peter Bolzli

als unentgeltlicher Rechtsvertreter

für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu bestellen. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 GSV Ger bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. 6.3

Mit Honorarnote vom 4. Dezember 2015 (Urk. 20 ) machte Rechtsanwalt Peter Bolzli einen Aufwand von

## **E. 8**

Stunden

55 Minuten mit einem Stundenansatz von Fr. 250.-- sowie Barauslagen in Höhe von Fr. 44.60 und damit insgesamt Fr. 2'455.70 (inkl. MWSt ) geltend. Der Zeitaufwand von 8 Stunden 55 Minuten sowie die Barauslagen von Fr. 44.60 erscheinen als angemessen. Mit Blick darauf, dass das vorliegende Verfahren von der Untersuchungsmaxime geprägt ist, rechtfertigt es sich jedoch nicht, einen höheren als den gerichtsüblichen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde (für Aufwendungen bis 31. Dezember 2014) in Anwendung zu bringen. Rechtsanwalt Peter Bolzli ist daher mit einem Betrag von Fr. 1'974.20 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 6.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Entschädigung an Rechtsanwalt Peter Bolzli verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. 6.5

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung erweist sich als obsolet, da das vorliegende Verfahren kostenlos ist (Art. 61 lit . a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Das Gericht beschliesst : In Bewilligung des Gesuches vom 7 . März 2014 wird der Beschwerdeführer in Rechtsanwalt Peter Bolzli , Zürich , als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Peter Bolzli , Zürich,

wird mit Fr. 1'974.20 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt , unter Beilage je einer Kopie der Urk. 18 und Urk. 19 - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

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, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstF. Brühwiler

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