

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00112 vom 15. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00112 du 15 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00112 del 15 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1963 geborene X.____ war ab dem 15. Oktober 2013 beim Y.____ als Sitzwache mit einem Beschäftigungsgrad von 71.19 % angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 28. April 2014 wurde sie bei einem Autounfall verletzt

(vgl. die Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 6. Mai 2014 [Urk. 9/A1]). Gemäss Polizeirapport vom 2. Juni 2014 kam es am 28. April 2014, um circa 23.05 Uhr, auf der Lindstrasse in Winterthur innerorts zu einer Frontalkollision zwischen dem Fahrzeug der Versicherten, einem Skoda Octavia Combi, und einem entgegenkommenden Fahrzeug, einem Fiat Punto, welcher sich zwecks eines Überholmanövers auf der Fahrspur der Versicherten befand. Die Fahrzeuge prallten mit der jeweils vorderen rechten Seite ineinander und wurden durch den Aufprall beschädigt. Beim Fahrzeug der Versicherten wurden beide vorderen Airbags ausgelöst.

Die Führerkabine beider Fahrzeuge blieben intakt (Urk. 9/P1).

Die Versicherte wurde von der Feuerwehr sowie dem Notarzt mittels Rettungsbrettes aus dem Fahrzeug geborgen, ihr Kopf wurde dabei mit einem Halskragen fixiert (Urk. 9/M11). Im Bericht des Y.____ vom 2. Mai 2014 über die Erstbehandlung sowie die Hospitalisation vom 28. bis 30. April 2014 wurde eine leichte traumatische Hirnverletzung mit Kontusionen der Hände beidseits sowie der Lenden- und der Brustwirbelsäule diagnostiziert (Urk. 9/M1). In der Folge klagte die Versicherte über persistierende Schmerzen, sodass ihr wiederholt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde.

Die AXA gab ein unfallanalytisches Gutachten in Auftrag, welches am 11. September 2014 erstattet wurde. Gemäss Gutachten lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung („Delta- v“) des Skoda Octavia zwischen circa 16 und 21 km/h, d.h. bei einem Mittelwert von circa 18.5 km/h, und die mittlere Verzögerung bei circa 3 bis 4 g (Urk. 9/A19). Die Vorsorgeeinrichtung der Versicherten veranlasste eine vertrauensärztliche Untersuchung bei Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen (Urk. 9/A46). Dieser erstattete seinen Bericht am 16. Dezember 2014 (Urk. 9/M32). Daraufhin legte die AXA die Akten ihrem beratenden Arzt, Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie, zur Beurteilung vor. Dieser nahm am 9. Februar 2015 Stellung (Urk. 9/M36). Am 23. Februar 2016 erstattete sodann der beratende Arzt Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, eine Stellungnahme (Urk. 9/M39). Mit Verfügung vom 24. Februar 2015 stellte die AXA die

Taggeldleistungen per 31. Dezember 2014 ein und stellte fest, dass ab dem 1. Mai 2015 kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung infolge des Unfalls vom 28. April 2014 bestehe (Urk. 9/A64). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache vom 20. April 2015 (Urk. 9/A74) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 1. April 2016 ab (Urk. 2 [= Urk. 9/A82]).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 28. April 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalide (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

und 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 5.2.2 zu mittelschweren Ereignissen im engeren Sinne).

E. 1.3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 un mittelbare 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). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.

E. 1.3.3

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.3.4

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b). 1.

E. 1.4

.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. 1.4.2

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. 1.4.3

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle 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 Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit 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 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. 1.5.1

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).

E. 1.5.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich

widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 4. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung, insbesondere Taggelder zu 100 %, allenfalls eine ganze Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung, auszurichten; eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein Gutachten zur Unfallkausalität und zum Ausmass der Arbeitsunfähigkeit einzuholen (Urk. 1 /1 S. 2). Nach erstreckter Frist (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 4. August 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Nach erstreckter Frist (Urk. 12 und Urk. 13) erstattete die Beschwerdeführerin die Replik, worin sie an ihren Anträgen festhielt (Urk. 14). Mit Eingabe vom 23. Dezember 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Duplik (Urk. 18). Die Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 10. Januar 2017 einen Nachtrag zur Replik (Urk. 19) sowie Kopien zweier Urteile des hiesigen Gerichts ein (Urk. 20/1-2). Mit Verfügung vom 18. Januar 2017 (Urk. 21) wurden die Eingaben der Parteien (Urk. 18-20) der jeweiligen Gegenpartei zugestellt.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen des Unfalls vom 28. April 2014 über den 31. Dezember 2014 hinaus Taggeldleistungen und über den 30. April 2015 hinaus Heilkosten oder andere Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen hat bzw. ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. April 2014 stehen.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. April 2016 zusammengefasst aus,

sowohl die Beurteilung von Dr. Z.____ als auch die Stellungnahmen der Dres. A.____ und B.____ seien schlüssig, nach vollziehbar und überzeugend. Es könne darauf abgestellt werden (Urk. 2 S. 6). Bei fehlenden objektivierbaren unfallbedingten Befunden sei es zu vorübergehenden Verschlimmerungen der Vorzustände an beiden Händen, der HWS, der BWS, der LWS und der Symphyse gekommen. Der Status quo sine sei in Bezug auf die Handproblematik nach 2-3 Monaten, in Bezug auf die HWS-/BWS-Beschwerden per 31. Dezember 2014 und in Bezug auf die tief-lumbalen Schmerzen sowie die Symphysensymptomatik per 30. April 2015 erreicht. Eine unfallbedingte

Arbeitsunfähigkeit sei maximal bis am 31. Dezember 2014 aus gewiesen, weshalb ein Taggeldanspruch ab dem 1. Januar 2015 erloschen sei (Urk. 2 S. 10).

E. 2.3

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, sie sei als Sitzwache nicht mehr zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 1/1 S. 5). Es sei von einer Symphysensprengung auszugehen, wie von Dr. C.____ festgehalten. Dieser sei Chefarzt am Y.____ und stehe damit als kantonaler Angestellter nicht in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zur Beschwerdeführerin. Selbst wenn nicht von einer Symphysensprengung auszugehen sei, sondern von einer unfallbedingten Verschlechterung eines Vorzustandes, handle es sich bei der Instabilität doch um einen objektivierbaren Befund. Die Symphyse, welche vor dem Unfall keine Schmerzen verursacht habe, führe aufgrund der Traumatisierung zu erheblichen Schmerzen. Eine Teilkausalität reiche indessen aus, um eine volle UVG-Kausalität zu begründen (Urk. 1/1 S. 7 f.). Im Einspracheentscheid werde daher von aktenwidrigen Tatsachen ausgegangen. Dass ein Delta- v von 18.5 km/h keine bleibenden Schädigungen hervorrufen könne, wie Dr. Z.____ behaupte, sei bereits durch die Symphysensprengung widerlegt. Ausserdem seien die Kräfte bei einem seitlichen Frontalzusammenstoss grösser als bei einem Frontalzusammenstoss mit voller Überdeckung (Urk. 1/1 S. 8 f.). Dr. Z.____ habe sodann unzulässige medicolegale Ausführungen getätigt, weshalb er seine Kompetenzen überschritten habe. Auch erwecke er als Vertrauensarzt der Vorsorgeeinrichtung den Anschein der Befangenheit. Weiter habe er unrichtig festgehalten, der vorliegende Weichteilrheumatismus sei unter die somatoformen Schmerzstörungen zu subsumieren (Urk. 1/1 S. 9 f.). Es sei sodann nicht ersichtlich, warum die Beschwerdeführerin ohne den Unfall nicht weiterhin als Pflegeassistentin hätte tätig sein können. Weiter seien die elementarsten Mitwirkungsrechte verletzt worden. Ein vertrauensärztliches Gutachten der Pensionskasse habe lediglich den Stellenwert einer Parteiaussage (Urk. 1/1 S. 10). Trotz des Vorliegens eines Distorsionstraumas der Halswirbelsäule sei der Kausalzusammenhang nicht gemäss der geltenden Rechtsprechung geprüft worden (Urk. 1/1 S. 11). Auch auf die Einschätzung von Dr. A.____ sei nicht abzustellen. Ungeprüft sei geblieben, welche Arbeitstätigkeit die Beschwerdeführerin tatsächlich ausgeübt habe. Die gesundheitlichen Einschränkungen seien mithilfe des effektiven Arbeitsprofils zu beurteilen (Urk. 1/1 S. 11 f.).

E. 2.4

In der Replik brachte die Beschwerdeführerin zusätzlich vor, es fehle eine ergo nomische Einschätzung der Tätigkeit vor und nach dem Unfall. Sie habe bereits vor dem Unfall als Hilfspflegerin gearbeitet. Im bereits am 16. Dezember 2014 erstatteten Bericht von Dr. Z.____ fehle ausserdem eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Befunden. Die leichte traumatische Hirnverletzung hätte durch einen Neurologen abgeklärt werden müssen. Ohnehin sei der Verlauf dieser Verletzung nicht weiter geklärt worden, leide die Beschwerdeführerin doch vermehrt an Kopfschmerzen. Es wäre geboten gewesen, einen Orthopäden und nicht den Rheumatologen Dr. Z.____ für die Beurteilung der Unfallfolgen hinsichtlich der Symphysensprengung beizuziehen. Auf die Stellungnahmen der Dres. A.____ und B.____ könne nicht abgestellt werden.

E. 2.5

Den nachstehenden Erwägungen ist Folgendes vorzuschicken: Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen

von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Bei der Prüfung der Begehren darf er auch den Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen. Bei den von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten erstellten Stellungnahmen handelt es sich indessen nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG; diese Bestimmung ist auf die Berichte der versicherungseigenen Fachpersonen nicht anwendbar (BGE 135 V 465 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4.1).

Dementsprechend kommt ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweis kraft zu wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Verweis auf BGE 125 V 351 E. 3a ; vgl. auch E. 1.5.2).

Der Vorwurf der Beschwerdeführerin , bei der Erstellung des Gutachtens seien ihre Mitwirkungsrechte verletzt worden (Urk. 1/1 S. 10 und Urk. 14 S. 4 f.) , zielt somit ins Leere. Ebenso erweist sich der Hinweis auf die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten SGPP (vgl. Urk. 14 S. 1 f. und S. 5 f.) als nicht zielführend. Gegen den auf Art. 32 Abs. 2 ATSG gestützten Beizug des von der Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen vertrauensärztlichen Berichts von Dr. Z.____ ist nichts einzuwenden. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb der Bericht von Dr. Z.____ im vorliegenden Verfahren aus formellen Gründen nicht verwertbar sein sollte (Urk. 1/1 S. 10). Der Umstand, dass die internen Versicherungsmediziner Dres . A.____ und B.____ keine eigene Untersuchung durchgeführt haben (Urk. 14 S. 6), vermag den Beweiswert ihrer Beurteilung in formeller Hinsicht

ebenfalls nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der natürlichen Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Schliesslich lagen den Dres . A.____ und B.____ sämtliche für die Beurteilung der Unfallkausalität erforderlichen Unterlagen vor , unter anderem auch der Bericht von Dr.

Z.____ ; dieser hatte die Beschwerdeführerin

bereits eingehend untersucht. Praxismässig kann unter den gegebenen Umständen eine reine

Aktenbeurteilung

der versicherungsinternen Ärzte voll beweiskräftig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1, mit Hinweisen). Es ist aber darauf hinzuweisen , dass zufolge des Vorliegens (bloss) interner ärztlicher Berichte an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 1.5.2 sowie BGE 135 V 465 E.

E. 3

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies mit Verfügung vom 30. Oktober 2015 einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung ab (Urk. 9/A79). Die von ihr am 3. Dezember 2015 beim hiesigen Gericht eingereichte Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (vgl. Prozess Nr. IV.2015.01251).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

3

Der beratende Arzt Dr. B. ___ schätzte in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2016 (Urk. 9/M39) die Beurteilung von Dr. Z. ___ als schlüssig ein. Er ergänzte, die in verschiedenen medizinischen Akten festgehaltene Angabe, das Ereignis vom 28. April 2014 habe zu einer Symphysensprengung geführt, sei höchst unwahrscheinlich. Der Beurteilung von Dr. A. ___ sei vollumfänglich zuzustimmen.

E. 3.2

Dr. med. D. ___ , Facharzt FMH für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, hielt im Verlaufsblatt vom 2. Juni 2014 (Urk. 9/M4) fest, die Beschwerdeführerin habe seit der letzten Konsultation vom 2. Mai 2014 (vgl. Urk. 9/M5) eine Ganzkörperszintigraphie (vgl. Urk. 9/M5) durchführen lassen. Darin würden sich keine Neuigkeiten zeigen. Eine Fraktur oder ein Umbau nach einer Fraktur habe ausgeschlossen werden können. Insgesamt fühle sich die Beschwerdeführerin besser. Die Hauptbeschwerden lägen noch immer im linken Handgelenk und linken Daumensattelgelenk (vgl. dazu auch die Verlaufsblätter vom 23. Juni 2014 [Urk. 9/M7] und vom 11. August 2014 [Urk. 9/M8]) .

E. 3.3

Dr. med. E. ___ , Facharzt FMH für Chirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, hielt in seinem Bericht vom 2. September 2014 fest, die Beschwerdeführerin habe nochmals wegen Beschwerden im Bereich beider Hände vorgesprochen, relativ diffus. Nach ihren Angaben seien die Beschwerden erst in Folge des Unfalls aufgetreten. Klinisch finde sich jedoch kein wesentlich funktionelles oder organisches Korrelat. Am ehesten sei von einer aktivierten Arthrose auszugehen, wobei die degenerativen radiologischen Veränderungen noch relativ milde seien. Von Seiten der Hände sei die Beschwerdeführerin wieder arbeitsfähig (Urk. 9/M10 ; vgl. auch den Radiologiebefund vom 24. Oktober 2014, gemäss welchem im MRI des Handgelenkes links nativ keine pathologischen Veränderungen erkennbar seien, auch kein Ganglion [Urk. 9/M21]).

E. 3.4

Die behandelnde Physiotherapeutin F. ___ hielt in ihrem Kurzbericht vom 1. Oktober 2014 (Urk. 9/M18) fest, die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen im Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich sowie eine Kraftlosigkeit in den Händen und Fingern an. Im Allgemeinen seien die Schmerzen zurückgegangen, v.a. im Schulter- und Nackenbereich. Seit einem Monat komme die Beschwerdeführerin ohne Schmerzmittel aus. Subjektiv gehe es ihr auch viel besser, sie könne ihren Alltag wieder selber meistern und habe mehr Kraft in den Händen. Sie bewege sich auch wieder normal.

E. 3.5

Im Bericht des Y. ___ , Rheumatologie und muskuloskeletale Rehabilitation (Dres . med. G. ___ , Oberarzt, und H. ___ , Chefarzt) vom 30. Oktober 2014 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Urk. 9/M22 S. 1): - anhaltendes thorako - und lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach Thorax-/ BWS-/ LWS-Kontusion bei Autounfall (Frontalkollision) am 28.04.2014 - ohne Hinweise auf Frakturen in diversen bildgebenden Abklärungen - Wirbelsäulenfehlhaltung mit auffälliger LWS-Hyperlordose und Sacrum

arcua tum sowie aktive r Spondylolyse L5 rechts (Ske lettszintigraphie mit SPECT-CT pelvin und lumbal vom 26.05.2014) - a nhaltendes symphysales Schmerzsyndrom seit Auffahrunfall am 28.04.2014 - aktuell: unter Belastung/Stress geringe Stufenbildung in der Sym physe, entsprechend einer Lockerung, kein Nachweis einer Fraktur (Röntgen Beckenübersicht mit Belastungsaufnahmen vom 16.10.2014) - Zeichen einer hoch aktiven Osteochondrose der Symphyse (Ske lettszintigraphie und SPECT-CT pelvin und lumbal vom 26.05.2014) - Status nach (anamnestisch) Symphysensprengung gegen Ende der zweiten Schwangerschaft bei akzidentellem Ausfallschritt - p ersistierende Schmerzen im Bereich der Handgelenke beidseits links betont sowie Schmerzen und Schwellungsneigung DIP Dig II' rechts nach Handgelenkskontusion bds . bei Autounfall (Frontalzusammen stoss) am 28.04.2014 - altersentsprechendes Skelett ohne wesentliche degenerative oder destruiierende Veränderungen bei Ankylose im IP Dig I links, kleinsten Kapselbandverkalkungen an der proximalen Phalanx DIP II und III links (Röntgen Hände vom 16.10.2014) - St.n . Arthrodeuse IP Dig I links, Hinweise auf intraossäres Ganglion im Os lunatum (Röntgen Handgelenk links vom 15.0 3. [vor Unfall], 27.0 4. und 12.05.2014) - MRI Handgelenk links vom 24.10.2014: keine pathologischen Verän derungen erkennbar, auch kein Ganglion - Status nach Tendinitis Musculus

extensor

carpi

radialis und Digito rum

communis links 03/2014 - aktuell diesbezüglich beschwerdefrei - Chronische PHS tendinopathica vom Supraspinatustyp rechts - St atus nach

retraktiler

Kapsulitis 2008

E. 3.6

Im Bericht des Y.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie (Dr. med. C.____, Chefarzt), vom 10. Dezember 2014 (Urk. 9/M28) wurde als Diagnose ein Status nach Autounfall am 28. April 2014 (Frontalkollision) mit Symphysensprengung mit vorderer und hinterer Beckenringverletzung, chro nischen Lumboischialgien sowie Cervicobrachialgien und einer Handgelenks kontus ion beidseits festgehalten. Dr. C.____ führte in seiner Beurteilung aus, klinisch und radiologisch hege er den Verdacht auf eine vordere und hintere Beckenringverletzung anlässlich der Frontalkollision vom 28. April 2014.

E. 3.7

Dr. Z.____ hielt in seinem an die Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin gerichteten vertrauensärztlichen Bericht vom 16. Dezember 2014 über die Untersuchung vom 1. Dezember 2014 im Wesentlichen fest, beim Unfallereignis vom 28. April 2014 sei die Beschwerdeführerin frontal links gerammt worden, wobei sie angegurtet gewesen und der Airbag ausgelöst worden sei. Die unfallwi rksamen Kräfte mit einem Delta- v von rund 18,5 km/h und einer mittleren Verzögerung von 3 bis 4 g seien für eine Frontalkollision eher gering gewesen. Zeitnah habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule, des linken Bauchs sowie der linken Hand geklagt. Explizit ausgeschlossen worden seien ein Becken kompressions - und ein Symphysendruckschmerz . Sei anlässlich der Hospita lisation eine leichte traumatische

Hirnverletzung diagnostiziert worden, so werde dies in den Akten nicht kommentiert. Ein Kopfanprall und/oder Prellmarken seien nie aufgeführt worden, eine Amnesie habe nie bestanden und auch eine kurze Bewusstlosigkeit sei eher unwahrscheinlich. Kontusionen der Daumen beidseits seien diagnostisch plausibel, wenn sich die Versicherte noch krampfhaft am Steuer abgestützt habe. Nicht plausibel seien Kontusionen der LWS und der Brustwirbelsäule, umso mehr Prellmarken zeitnah aus geschlossen und auch keine Druckdolenz festgestellt worden seien. Auf grund des Mechanismus sei allenfalls von einer gewissen, respektive möglichen Distorsion der Wirbelsäule auszugehen. Dabei seien am 29. April 2014 weder konventionell radiologisch noch computertomographisch traumatische Läsionen nachgewiesen worden. Beschrieben worden seien gewisse Degenerationen zervikal und thorakal bei Zeichen eines durchgemachten Morbus Scheuermann. Pathologien von Seiten des Beckens und der LWS seien keine festgestellt worden. Im Heilverlauf seien primär Beschwerden von Seiten bei der Hände im

Vordergrund gestanden, welche anfänglich auch ruhig gestellt worden seien. Allerdings sei die

Symptomatik auch mit weitergehenden radiologischen Abklärungen nie ganz klar geworden (Urk. 9/M32 S. 32 f.). Weiter führte Dr. Z. ___ aus, beim Untersuch habe die Beschwerdeführerin ihr Becken nicht aktiv aufgerichtet bei ungenügender Rumpfstabilisation. Es habe sich im Skelettszintigramm eine aktive Osteochondrose der Symphyse gezeigt; doch könnten auch durch forcierte Kompression des Beckens keine Schmerzen im Bereiche der Symphyse ausgelöst werden. Der radiologische Befund erkläre die angegebenen Beschwerden somit nicht hinreichend. Die mit den Stressaufnahmen am 16. Oktober 2014 festgestellte Lockerung der Symphyse sei für die Symptomatik nicht von vorrangiger Bedeutung, fördere lediglich die Dysfunktionen im Beckenring wie ein aktuell hypomobiles Iliosakralgelenk rechts, welches asymptomatisch sei. Klinisch sei das rechte Hüftgelenk absolut unauffällig. Links sei ein diskretes Impingement nicht ganz auszuschliessen. Die Beschwerden im Bereiche der Symphyse und des Beckenrings seien primär muskulärer Art. So sei vor allem die Insertion der Abdominalmuskulatur im Bereiche der Symphyse sehr stark druckempfindlich. Allerdings könne dies

palpatorisch kaum sicher von einer schmerzhaften Symphyse unterschieden werden, was allenfalls mit einer diagnostischen Infiltration beantwortet werden könnte (Urk. 9/M32 S. 35). Sodann berichtete Dr. Z. ___, auffallend sei eine generalisierte Schmerzhaftigkeit muskulärer Strukturen im Bereiche des Rumpfes dorsal und ventral, aber auch aller vier Extremitäten. Würden die Kontrollpunkte nicht in signifikanter Anzahl schmerzhaft angegeben, könne die Diagnose eines generalisierten Weichteilrheumatismus gestellt werden, was der 1999 diagnostizierten Fibromyalgie entspreche. Unter dieses Beschwerdebild subsumiert werden könnten auch die Arthralgien im Bereiche der oberen und unteren Extremitäten sowie schlussendlich auch die Symphysenschmerzen. Beim vorliegen den generalisierten Weichteilrheumatismus handle es sich um keine somatisch objektivierbare Symptomatik, weshalb sie versicherungsrechtlich unter die somatoformen Störungen subsumiert werde. Es stelle sich daher immer die Frage nach

einer psychiatrischen Komorbidität, respektive relevanten psychosozialen Faktoren,

was abschliessend jedoch nur durch einen psychiatrischen Facharzt beantwortet werden könne. Aufgrund der Vorgeschichte müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits 2010 einmal ihre Tätigkeit wegen einer Erschöpfungs-,

respektive Überforderungssituation habe abbrechen müssen. Welchen Einfluss die gesundheitlichen

Probleme ihrer Kinder dabei gehabt hätten, sei unbekannt. Allerdings habe die Beschwerdeführerin immer

sehr hohe Anforderungen an ihre Leistungsfähigkeit gestellt, die sie schon früher an ihre

Grenze gebracht hätten (Urk. 9/M32 S. 36 f.). Dr. Z.____ gelangte zum Schluss, die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin werde limitiert durch eine ungenügende Rumpfstabilisation, was nicht nur zu Fehlbelastungen im Bereich der Wirbelsäule, sondern auch der oberen Extremitäten führe, da ein stabiles und ergonomisch korrektes Arbeiten und Hantieren nicht möglich sei. Zudem bestünden aufgrund der eingeschränkten Flexion im rechten Schultergelenk und des verstärkten Rundrückens Limitierungen für Tätigkeiten über Schulterhöhe. Aufgrund der heutigen Untersuchung seien der Beschwerdeführerin lediglich körperlich leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen unter Schulterhöhe möglich. Das Leistungsprofil der Beschwerdeführerin entspreche in etwa den Anforderungen der angestammten Tätigkeit als Sitzwache. Den Anforderungen in der Pflege sei sie jedoch nicht gewachsen. Solche Tätigkeiten könnten ergonomisch nicht korrekt durchgeführt werden und seien daher aus medizinischer Sicht nicht zumutbar. Aufgrund der langjährigen Vorgeschichte sei auch nicht zu erwarten, dass dies durch die notwendigen rehabilitativen Massnahmen ganz behoben werden könne (Urk. 9/M32 S. 37 f.). Strukturelle Läsionen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. April 2014 zurückgeführt werden könnten, seien nicht nachgewiesen worden. Eine Traumatisierung der Symphyse sei nicht offensichtlich, umso weniger als diese zeitnah als absolut reizlos beschrieben worden sei und degenerative Veränderungen nach einer früheren Verletzung 1992 vorbestehend seien. Auch wenn von einer unfallkausalen Verschlimmerung eines Vorzustandes ausgegangen werde, bestehe heute bei fehlendem Beckenkompressionsschmerz zumindest ein Status quo sine. Das Beschwerdebild werde unterhalten durch die beschriebenen muskulären Defizite, welche nur bedingt als unfallkausal akzeptiert werden könnten. Eigentlich müsste davon ausgegangen werden, dass heute, acht Monate nach dem Unfallereignis, die Beschwerdeführerin ausreichend Zeit gehabt hätte, diese zu beheben. Es liege wohl am Unfallversicherer betreffend die Unfallfolgen pragmatisch einen Endzustand zu definieren, wobei in Analogie zu den HWS-Distorsionen ein solcher nach einem Jahr festgelegt werden könnte. Die Tätigkeit in der Pflege, vor allem in Kombination mit einem grossen Haushalt, hätte bereits vor dem rubrizierten Ereignis zu Dekompensationserscheinungen geführt. Die Beschwerdeführerin sei nicht geeignet gewesen für die körperlich belastende Tätigkeit als Pflegeassistentin. Die damit verbundenen körperlichen Tätigkeiten hätten nicht ergonomisch korrekt und stabil, das heisse nicht rücken- und gelenkschonend, durchgeführt werden können. Für eine solche Tätigkeit habe von Beginn an keine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestanden, weil eine solche unweigerlich zu Dekompensationserscheinungen mit den damit verbundenen Beschwerden hätte führen müssen (Urk. 9/M32 S. 38). Nach Abschluss der notwendigen rehabilitativen Massnahmen sollten zumindest auch teilweise körperlich mittelschwere Tätigkeiten realisierbar sein. Ein genaues Belastungsprofil liesse sich jedoch nur testmässig mit einer Evaluation der funktionellen Leistungskapazität EFL bestimmen (Urk. 9/M32 S. 40).

E. 3.8

Im Radiologiebericht des Y.____ vom 22. Januar 2015 wurde festgehalten, im MRI-Bild des Beckens sei weiterhin eine leicht aktivierte, ausgeprägte Osteochondrose der Symphyse sichtbar. Es bestehe jedoch kein Hinweis auf eine Symphysensprengung. Es bestünden auch keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der ISG beidseits (Urk. 9/M29).

E. 3.9

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 23. Januar 2015 (Urk. 9/M30) an den bereits gestellten Diagnosen fest (vgl. E. 3.6).

E. 3.10

Dr. A.____ verwies in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2015 auf die Beurteilung von Dr. Z.____ und hielt zudem fest (Urk. 9/M36), weder bei der Eintrittsuntersuchung noch beim Austritt (aus dem Y.____) seien Beckenschmerzen dokumentiert worden. Am 29. April 2014 seien ein Beckenkompressionsschmerz sowie ein Symphysendruckschmerz explizit verneint worden. Auch die Untersuchungen, welche indirekt einen Symphysen- oder ISG-Schmerz verursachen würden (Anheben des Beines gegen die Schwerkraft, axiale Stauchung) seien schmerzfrei gewesen. Eine frische strukturelle Verletzung im Sinne einer Symphysensprengung und einer Verletzung der Ileosacralgelenke sei damit ausgeschlossen. Die von Dr. C.____ in seinen Berichten vom 10. Dezember 2014 und 23. Januar 2015 hergestellte Kausalität zwischen der Beckenproblematik und dem Autounfall vom 28. April 2014 sei aufgrund der Beschwerdeanamnese nicht nachvollziehbar. Die in den einseitig belasteten Röntgenbildern des Beckens vom 16. Oktober 2014 sichtbare cranio-caudale Instabilität der Symphyse sowie die bereits konventionell-radiologisch sichtbare fortgeschrittene Osteochondrose der Symphyse

seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Verletzung von 1992 zurückzuführen. Jedoch sei es medizinisch plausibel, dass diese schwer vorgeschädigte Symphyse durch den Unfall vom 28. April 2014 traumatisiert worden sei. Das Auftreten von Beschwerden könne sich hier tatsächlich um einige Tage verzögern, verursacht durch die Entzündungsreaktion mit zunehmendem Ödem. Die im SPECT-CT vom 26. Mai 2014 hoch aktive Osteochondrose, bei vor dem Unfall postulierter Beschwerdefreiheit von Seiten der Symphyse (Anmerkung: die ISG reichern nicht vermehrt an), spreche für eine solche traumatische Aktivierung. Hinweise auf eine durch den Unfall vom 28. April 2014 verursachte strukturelle Verletzung seien auch im MRI vom 22. Januar 2015 nicht nachgewiesen. Überwiegend wahrscheinlich sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der symphyseären vorbestehenden Osteochondrose gekommen. Ohne nachgewiesene strukturelle Verletzung sei der Status quo sine spätestens 12 Monate nach dem Ereignis erreicht. Die aktuell noch geklagten Symphysenbeschwerden seien somit bis Ende April 2015 noch als unfallkausal zu werten. Die Beschwerden in der Schulter rechts sowie in den Knien und Füßen stünden in keinem Zusammenhang zum Unfall vom 28. April 2014. Die persistierenden Handschmerzen stünden nicht mehr in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. April 2014. Bei fehlenden Pathologien habe es sich initial um

Handkontusionen gehandelt, deren Folgen nach spätestens 2-3 Monaten abgeheilt seien. Bezüglich der HWS/des Nackens sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes auszugehen. Der Status quo sine sei aber spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis erreicht. Die heutigen rechtsseitigen tiefen lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlung ins rechte ISG seien bis Ende April 2015 noch als unfallkausal zu beurteilen.

Die Beschwerden an der BWS und zwischen den Schulterblättern stünden seit mindestens Ende Oktober 2014 nicht mehr in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. April 2014. Bei den gering ausgeprägten Osteochondrosen BWK 8-10 habe höchstens eine vorübergehende Verschlimmerung stattgefunden, der Status quo sine sei nach spätestens sechs Monaten erreicht. Für die vorwiegend sitzende Tätigkeit als Sitzwache, mit limitierten Gehstrecken und wenig körperlicher Belastung, sei die Beschwerdeführerin spätestens ab der Untersuchung am 1. Dezember 2014 durch Dr. Z. ___ – in Bezug auf die Unfallfolgen – wieder arbeitsfähig. Bis zum Erreichen des oben begründeten Status quo sine Ende April 2015 sei sie für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung und mit kurzen Gehstrecken voll arbeitsfähig. Anschliessend bestünden aus unfallbedingten Gründen keine Einschränkungen mehr. Die Versicherte sei dann durch ihre multiplen Vorzustände limitiert.

E. 3.11

Im Verlaufsbericht des Y. ___ vom 11. November 2015 (Urk. 9/M38 B1)

hielten die Dres. G. ___ und H. ___ unter anderem fest, es sei im Rahmen des Autounfalles zu einer Symphysensprengung und einer traumatischen Handgelenkskontusion beidseits, linksbetont, gekommen. Sie erachteten eine Fortsetzung der gezielten physiotherapeutischen Massnahmen, die weitere Benutzung eines stabilisierenden Trochanter-/Beckengurtes zur Entlastung der Symphyse sowie eine medikamentös-analgetische Behandlung für sinnvoll. Aufgrund der neu zunehmenden Handgelenksbeschwerden beidseits werde nochmals eine Serie Ergotherapie verordnet. Bei Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung, Differentialdiagnose Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung bei erheblicher familiärer Belastung aufgrund der gesundheitlichen Probleme ihrer Kinder, erfolge auf Wunsch der Beschwerdeführerin eine Anmeldung bei Frau Dr. I. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in der J. ___. Der Beschwerdeführerin werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 21. September 2015 bis zum 3. Januar 2016 attestiert.

E. 3.12

Im Verlaufsbericht des Y. ___ vom 3. Februar 2016 (Urk. 9/M38) führte Dr. G. ___ aus, seit circa anfangs Dezember 2015 habe die Beschwerdeführerin die physiotherapeutischen Massnahmen ausgesetzt. Sie setze das Heimübungsprogramm fort und trage regelmässig den Trochantergurt bei geplanten grösseren Aktivitäten wie zum Beispiel Einkaufen. Hierunter berichte sie von Seiten der Wirbelsäule und der Symphyse von einer in etwa stabilen Situation. Sie nehme mittlerweile nur noch selten Paracetamol ein. Hinsichtlich der Handgelenksbeschwerden, welche im Verlauf doch wiederholt an das Vorliegen eines Carpaltunnelsyndromes erinnerten, sei es allmählich zu einer Beschwerdebesserung gekommen. Insbesondere das kognitive Training mit bewusstem Einsatz von Daumen und Zeigefinger (Pinzettengriff) tue ihr gut. Bei der Psychiaterin habe sich die Beschwerdeführerin mehrmals vorgestellt. Die Gespräche täten ihr gut, gegenwärtig erfolgten weitere Anamnesegespräche. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 4. Januar 2016 bis zum 6. März 2016.

E. 4

2

Strittig blieb vor allem, ob durch den Unfall eine Symphysensprengung

statt gefunden habe oder nicht . Von einer solchen ging Dr. C.____ in seinem Bericht vom 10. Dezember 2014 aus. Beim Verdacht auf eine vordere und hintere Beckenringverletzung anlässlich der Frontalkollision vom 28. April 2014 veranlasste er eine MRI-Untersuchung des Beckens (E. 3.6). Obwohl die se MRI-Untersuchung keinen Hinweis auf eine Symphysensprengung

lie ferte (E. 3.8), hielt Dr. C.____ in seinem Bericht vom 23. Januar 2015 (E. 3.9) an der bereits gestellten Diagnose einer Symphysensprengung

fest , ohne dies indes zu be g ründen.

Auch seine E-Mail-Nachricht vom 16. April 2015 a n den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vermag keine Klarheit zu verschaffen . Darin verwies Dr. C.____ auf die Bildgebung vom 23. Oktober 2014 (richtig: 16. Oktober 2014; vgl. Urk. 9/M24) hin , worin eine deutliche Instabilität der Symphyse von 50-60 mm

ausgewiesen worden sei , und hielt fest,

d ies alleine erkläre die Restbeschwerden der Beschwerdeführe rin (Urk. 9/M37). Dass aber auch

im

Bericht vom 16. Oktober 2014 (Urk. 9/M24) festgehalten worden war , eine Fraktur (des Beckens) könne nicht nachge wiesen werden , liess Dr. C.____

gänzlich unberücksichtigt . Er setzte sich allgemein nicht mit dem bestehenden Vorzustand, einer Symphy sensprengung gegen Ende der zweiten Schwangerschaft (vgl. E. 3.5), und der en mögliche n Implikationen auf die bestehenden Beschwerden auseinan der . Seine Beurteilung erweist sich somit als nicht nachvollziehbar. Demge genüber begründete Dr. Z.____ nach umfassender Untersuchung der Beschwerdeführerin einlässlich und stringent, weshalb nicht von einer Sym physensprengung

anlässlich des Unfalls vom 28. April 2014 auszugehen sei. Er begründete sodann auch in Bezug auf die übrigen Beschwerden, weshalb die Unfallkausalität spätestens ein Jahr nach dem Unfall nicht mehr gegeben sei. Um Wiederholungen zu vermeiden, kann auf seine Ausführungen (E. 3.7) sowie die ebenfalls nachvollziehbaren Beurteilungen der Dres . A.____ (E. 3.10) und B.____ (E. 3.13) verwiesen werden. Ferner setzte sich die Beschwerde gegnerin bereits ausführlich mi t dieser Thematik auseinander , weshalb auch auf ihre zutreffenden Erwägungen verwiesen werden kann (Urk. 2 S. 4 f. E. 2.3.2.1).

E. 4.1

Dr. Z.____ sowie die beratenden Ärzte Dres . A.____ und B.____ gingen überein stimmend davon aus, dass durch den Unfall vom 28. April 2014 bereits bestehende krankhafte Vorzustände teilweise ver schlimmert oder aktiviert worden seien , der Status quo sine jedoch spätestens ein Jahr nach dem Unfall eingetreten sei.

E. 4.3

.4

Bezüglich der Handgelenksbeschwerden (vgl. die Vorbringen in Urk. 14 S. 6 f.) ist darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. E.____ der Beschwerdeführe rin im Bericht vom 2. September 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert hatte (E. 3.3) und Dr. G.____ in seinem Bericht vom 3. Februar 2016 ausführte, die Beschwerden erinnerten im Verlauf doch eher

an ein Carpal tunnelsyndrom (E. 3.12), welches in jedem Fall nicht unfallkausal wäre.

E. 4.3.1

Demgegenüber ist die Beschwerdeführerin mit ihren Vorbringen zum Grundsatz „post hoc ergo propter hoc“ (Urk. 1/1 S. 7 f.) nicht zu hören. Die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8 C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

E. 4.3.2

Nicht zu beanstanden ist sodann, dass Dr. Z.____ als zusätzliches Indiz gegen eine Symphysensprengung die

geringen unfallwirksamen Kräfte (Delta- v von 18,5 km/h und mittlere Verzögerung von 3 bis 4 g) anführte (E. 3.7), da entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1/1 S. 8) eine Symphysensprengung aus medizinischer Sicht eben gerade nicht belegt werden konnte. Aus dem Umstand, dass es beim Frontalzusammenstoss zu keiner vollständigen Überdeckung kam (Urk. 1/1 S. 8 f.), vermag die Beschwerdeführerin ebenfalls nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Das Fahrzeug der Beschwerdeführerin wurde gemäss unfallanalytischem Gutachten vom 11. September 2014 hauptsächlich in Längsrichtung verzögert und etwas nach links beschleunigt. Der Sachverständige gelangte zum Schluss, dass der Sicherheitsgurt und der Airbag bei korrekter Benützung ein Vorverlagern des Körpers der Beschwerdeführerin zum Kollisionszeitpunkt einzugrenzen und einen Kontakt des Kopfs an Lenkrad, Frontscheibe oder Armaturentafel zuverlässig zu verhindern vermochten. In der Rückpendelphase könne der Hinterkopf die Kopfstütze berührt haben, diese Phase sei jedoch sehr energiearm und somit von geringer Intensität. Die Beschwerdeführerin habe sich infolge der Kollision in einem Winkel von circa 45 Grad nach vorne rechts bewegt, ehe sie vom Sicherheitsgurt und vom Airbag zurückgehalten worden sei (Urk. 9/A19). Massgebliche seitliche Scherkräfte haben somit nicht gewirkt. Zur Wucht des Aufpralls ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass alle drei Insassen des entgegenkommenden Fiat Punto – einem Kleinwagen, vorliegend ohne Airbags –, unverletzt blieben, so auch der Fahrer, welcher nicht angegurtet gewesen war (Polizeiprotokoll vom 2. Juni 2014 [Urk. 9/P1 S. 5 f. und S. 11] und Einsatzrapport der Feuerwehr Winterthur vom 29. April 2014 [Urk. 9/M11]).

Dass es angesichts dieses Unfallhergangs sowie der einwirkenden Kräfte zu einer Verletzung des Beckens oder der Symphyse der Beschwerdeführerin gekommen wäre, erscheint somit höchst unwahrscheinlich, zu welchem Schluss Dr. B.____ auch aus medizinischer Sicht gelangte (E. 3.13).

E. 4.3.3

Inwiefern Dr. Z.____ seine Kompetenzen überschritten und den Anschein erweckt haben sollte, er wisse nicht über die Grenzen seines Auftrages Bescheid (Urk. 1/1 S. 9), ist nicht

ersichtlich . In erster Linie verneinte Dr. Z.____ einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Symphy senbeschwerden und dem Unfall vom 28. April 2014. In

zweiter Linie

ausser er sich zu einer allfälligen unfallkausalen Verschlimmerung des Vorzustandes und gelangte zum Schluss, ein Status quo sine sei mittlerweile ein getreten . Dabei ging er analog zu den HWS-Distorsionen von einem Status quo sine spätestens ein Jahr nach dem Unfall ereignis aus .

Dies ist nicht zu beanstanden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3).

Jedenfalls kann eine Parallele zum Urteil des Bundesgerichts 8C_448/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 4.2 nicht gezogen werden.

E. 4.3.5

Auch die übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin gegen eine Verwertbarkeit des Berichts von Dr. Z.____

vermögen nicht zu überzeugen. Insbesondere ist vor dem Hintergrund von BGE 132 V 65 nicht ersichtlich, inwiefern der von Dr. Z.____ gezogene Vergleich zwischen einem

Weichteilrheumatismus (bzw. Fibromyalgie) und einer somatoformen

Schmerzstörung unzulässig sein sollte (vgl. insbesondere Urk. 1/1 S. 9 f.) . Auch ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Bericht von Dr. Z.____ veraltet sein sollte (Urk. 14 S. 3).

Dass Dr. Z.____ kein Facharzt für Orthopädie ist (Urk. 14 S. 5), schadet ebenfalls nicht. Schliesslich wurde seine Beurteilung sowohl von Dr. A.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, sowie von Dr. B.____ , Spezialarzt FMH Chirurgie, als schlüssig beurteilt . Eine weitere Abklärung der gegenüber Dr. Z.____ geklagten Kopfschmerzen (Urk. 14 S. 5) war sodann nicht angezeigt; zum einen wurde nach dem Unfall bloss eine leichte traumatische Hirnverletzung diagnostiziert (Urk. 9/M1), zum anderen begab sich die Beschwerdeführerin nach dem Unfall nicht wegen Kopfschmerzen in Behandlung

(vgl. insbesondere Urk. 9/M5 und Urk. 9/M22).

E. 4.3.6

Der im Beschwerdeverfahren zu den Akten gelegte Bericht der K.____ vom 19. April 2016 (Urk. 3/4) vermag die Beurteilung von Dr. Z.____ auch nicht in Frage zu stellen , da darin keine Aussagen über eine mögliche Unfallkausalität enthalten sind.

E. 4.3.7

Dem Einwand der Beschwerdeführerin, sie habe nie bloss als Sitzwache gearbeitet, sondern schon immer als Hilfs-Pflegeassistentin (Urk. 1/1 S. 12 und Urk. 14 S. 2 f.) , ist entgegenzuhalten, dass dies der Auskunft von Frau L.____ , Case Managerin am

Y.____ vom 9. Oktober 2014 widerspricht. Von Seiten des Y.____ wurde ein Arbeitsversuch gerade deshalb abgelehnt, da die Beschwerdeführerin noch nie als Pflegehelferin gearbeitet habe (Urk. 9/A38). Ferner bezeichnete die Beschwerdeführerin in der Sprechstunde vom 10. November 2015 (Urk. 9/M38 B1 S. 2) die Sitzwache selbst als eine leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung. Die Erstellung eines Tätigkeitsprofils (Urk. 14 S. 3 ff.)

erübrigt sich somit.

E. 4.4

Nach dem Gesagten erweisen sich die Berichte der Dres. Z.____, A.____ und B.____

als aussagekräftig. Es bestehen keine Zweifel an ihrer Schlüssigkeit, weshalb auf sie abzustellen ist. Unter diesen Umständen besteht auch kein Anlass für die beantragte Einholung eines externen medizinischen Gutachtens (Urk. 14 S. 6). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für die vorwiegend sitzende Tätigkeit als Sitzwache, mit limitierten Gehstrecken und wenig körperlicher Belastung, spätestens ab der vertrauensärztlichen Untersuchung vom 1.

Dezember 2014 durch Dr. Z.____ bis zum Erreichen des Status quo sine Ende April 2015 – in Bezug auf die Unfallfolgen – wieder arbeitsfähig war. Anschliessend bestanden aus unfallbedingten Gründen keine Einschränkungen mehr. Die Versicherte war dann allein durch ihre multiplen Vorzustände limitiert. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen,

Druckdolenz, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3).

E. 4.5.1

Wenn angenommen würde, dass die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach dem Gesagten kein unfallbedingtes organisches Substrat zugrundeliegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stünden, wäre – wie im folgenden zu zeigen ist – die Adäquanz zu verneinen.

E. 4.5.2

Die Unfallschwere des Ereignisses vom 28. April 2014 ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzog, aber auch für – unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prüfende – äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zog (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]; Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2008 vom 11. Februar 2008).

E. 4.5.3

Die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens kann somit nur bejaht werden, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 134 V 109 E. 10.3).

E. 4.5.4

Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Beschwerdeführerin wurde zwar aus dem Fahrzeug geborgen.

Dabei handelte es sich angesichts der angegebenen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule und des linken Bauches jedoch eher um eine Vorsichtsmassnahme. Weder war das selbständige Verlassen des Fahrzeuges aufgrund der Beschädigungen unmöglich, noch war die Beschwerdeführerin beim Eintreffen des Notarztes bewusstlos (E. 3.1). Auch wurden in der Folge keine schweren Verletzungen festgestellt, sodass die Beschwerdeführerin das Spital nach bereits 1 ½ Tagen wieder verlassen konnte (Urk. 9/M1; Eintritt am 28. April 2014 um 23.58 Uhr, Austritt am 30. April 2014 um 15.09 Uhr). Die Diagnose eines Schleudertraumas, eines leichten Schädelhirntraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Bedeutsam können auch erhebliche Verletzungen sein, welche sich die verletzte Person beim Unfall neben dem Schleudertrauma zugezogen hat. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung betrifft in erster Linie aber die erfahrungsgemässe Eignung, eine intensive, dem typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata entsprechende Symptomatik zu bewirken. Allgemeiner Erfahrung entspricht, dass pathologische Zustände nach Verletzungen der Halswirbelsäule bei erneuter Traumatisierung stark exazerbieren können. Eine Distorsion einer bereits durch einen früheren Unfall vorgeschädigten Halswirbelsäule ist daher grundsätzlich geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2008 vom 16. Februar 2009 E. 4.4). Eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzung rechtfertigt sich indessen nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 4.3.2, 8C_226/2009 vom 6. November 2009 E. 5.3.2, 8C_759/2007 vom 14. August 2008 E. 5.3 und 8C_61/2008 vom 10. Juli 2008 E. 7.3.2).

Da die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen an der Symphyse im Zeitpunkt des Unfalls nicht symptomatisch waren, ist nicht davon auszugehen, dass sie der massen erheblich vorgeschädigt war, dass das am 28. April 2014 erlittene Trauma als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden könnte. Damit ist das Kriterium der Schwere und besonderen Art der Verletzung aber zu verneinen.

Ebensowenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma resp. des leichten Schädel-Hirntraumas typischen Beschwerden vor; adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich die Erheblichkeit nach den

glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_768/2007 vom 4. August 2008 E. 4.2). Anlässlich der Erstbehandlung klagte die Beschwerdeführerin noch nicht über Beckenkompressions- oder Symphysendruckschmerzen (Urk. 9/M1 S. 3). Im Vordergrund standen zunächst die Beschwerden an den Händen (Urk. 9/M32 S. 22). Belegt ist aber, dass die Beschwerdeführerin spätestens im Verlaufe des Monats Mai 2014 über Becken- und Symphysenschmerzen klagte (Urk. 9/M5). Generell beschränkte sich die Behandlung in der Folge aber im Wesentlichen auf Physiotherapie sowie eine Schmerzmedikation.

Die Beschwerden waren denn auch nicht durchgehend von derselben Intensität.

Die behandelnde Physiotherapeutin hielt in ihrem Kurzbericht vom 1. Oktober 2014 fest, die Beschwerdeführerin berichte, im Allgemeinen seien die Schmerzen zurückgegangen, v.a. im Schulter- und Nackenbereich. Seit einem Monat komme sie ohne Schmerzmittel aus. Subjektiv gehe es ihr auch viel besser, sie könne ihren Alltag wieder selber meistern und habe mehr Kraft in den Händen. Sie bewege sich auch wieder normal (E. 3.4).

Anfang Dezember 2014 war sie teilweise praktisch beschwerdefrei, teilweise plagten sie nach eigenen Angaben jedoch wieder

extreme Schmerzen (vgl. Urk. 9/M32 S. 22 f.). Im Januar 2015 gab sie gegenüber Dr. C.____

wieder eine deutliche Beschwerdelinderung an (Urk. 9/M30). Im November 2015 berichtete sie dann allerdings wieder von einer Zunahme der Beschwerden, welche von den Ärzten des Y.____

(Drs. G.____ und H.____) aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten familiären Belastung im Lichte einer möglichen Schmerzverarbeitungsstörung betrachtet wurden (E. 3.11). Bereits anfangs Dezember 2015 wurden die physiotherapeutischen Massnahmen trotz der noch im November 2015 geschilderten Beschwerdezunahme ausgesetzt. Auch nahm die Beschwerdeführerin Schmerzmedikamente

nur noch selten ein, und gab an, die Gespräche bei der Psychiaterin täten ihr gut (E. 3.12). Damit ist weder das Kriterium der erheblichen Beschwerden noch dasjenige der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.3 mit Hinweis). Schliesslich sind auch die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. 4.6

Nach dem Gesagten hätte die Beschwerdegegnerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen auch mangels adäquaten Kausalzusammenhangs mit dem ver sicherten Unfallereignis vom 28. April 2014 nicht über den 31. Dezember 2014 hinaus Taggelderleistungen und nicht über den 30. April 2015 hinaus andere Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - AXA
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 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 Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 009

E. 3.2.1). Beim Unfall vom 28. April 2014 lagen Kollisionsgeschwindigkeiten von circa 37 km/h für den Fiat und circa 8 km/h für den Skoda, das Fahrzeug der Beschwerdeführerin, vor ; das Delta- v lag zwischen 16 und 21 km/h (vgl. Urk. 9/A19 S. 6). Mit Blick darauf, dass bei Frontalkollisionen eine Geschwindigkeitsänderung von 20-30 km/h als sog. Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_730/20

E. 11

vom 9. Dezember 2011 E. 6.1), und angesichts der von der Polizei erstellten Fotos mit den unfallbeteiligten Fahrzeugen in den Kollisionsendstellungen (Urk. 9/P1)

ist der Unfall vom 28. April 2014

höchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2012 vom 10. Dezember 2012 E. 5 ; vgl. auch die Kasuistik in den Urteilen 8C_624/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.

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