

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00268 vom 18. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00268](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00268)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00268 du 18 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00268 del 18 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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). 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).

### **E. 1.2**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten mass gebend ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3 .1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfa llversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kosten vergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20 13 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 1.3**

Stellt der Unfallversicherer seine Leistungen für die Zukunft ein, ohne bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern, so ist dafür kein Rückkommenstitel im Sinne der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) erforderlich (BGE 130 V 380 E. 2.3.1).

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vor akten (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. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 25. November 2016 (Urk. 2) erhob die Ver sicherte am 23. November 2016 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuhe ben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weiterhin Leistungen aus Unfall zu erbringen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1).

Die Helvetia beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 21. Februar 2017 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 10).

Mit Eingabe vom 6. März 2017 (Urk. 14) reichte die Beschwerdegegnerin be stimmte vom Gericht einverlangte Akten (Urk. 15/1-2) nach. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss dem am 15. Dezember 2015 erstatteten Gutachten (vgl. Urk. 9/M99) habe im Untersuchungszeitpunkt klar kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den vorhandenen Beschwerden bestanden (S. 12 Ziff. 13a). Der die linke Schulter betreffende frühere Einspracheentscheid stehe der jetzigen Leistungseinstellung nicht entgegen (S. 12 ff. Ziff. 13b).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe mit dem früheren Einspracheentscheid die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden anerkannt; darauf könne sie nur zurück kommen, wenn ein Revisionsgrund bestehe, was nicht zutrefte (S. 4 Ziff. 6). Ferner machte sie gegenüber dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten verschiedene Mängel geltend (S. 5 f. Ziff. 9 ff.).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin befand sich am 30. März 2012 in stockendem Kolonnenverkehr auf der Autobahn und musste bis zum Stillstand abbremsen, worauf das hinter ihr fahrende Fahrzeug auf ihres auffuhr (Urk. 9/P1 S. 7 Mitte).

### **E. 3.2**

Am 30. März 2012 erstellte CT-Aufnahmen der Halswirbelsäule (HWS), von Thorax/Abdomen und des Schädels waren unauffällig bezogen auf Schädel, Hals, Thorax und Abdomen (Urk. 9/M2).

Die Erstbehandlung erfolgte vom 30. März bis 1. April 2012 im Spital Y.\_\_\_\_, wo mit Austrittsbericht vom 23. April 2012 (Urk. 9/M6) folgende Diagnose gestellt wurde (S. 1 Mitte): - Commotio spinalis mit /bei - Status nach Verkehrsunfall bei 80 km/h mit Heckaufprall - HWS-Distorsion QTF (Québec Task Force) 2 - stumpfes Abdominal- und Thoraxtrauma

Bei Beschwerden einer Commotio spinalis sowie einer HWS-Distorsion habe die Patientin analgetisch adäquat behandelt werden können, worunter die Schmerzen regredient gewesen seien. Am Folgetag neu aufgetretene epigastrische Schmerzen seien bildgebend abgeklärt worden, es habe sich weiterhin kein Anhalt für eine intraabdominale Verletzung ergeben. Die Schmerzen seien spontan vollständig regredient gewesen, so dass die Patientin habe nach Hause entlassen werden können (S. 1 unten).

### **E. 3.3**

Gemäss Operationsbericht vom 22. März 2013 (Urk. 9/M48) führte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ,

Chefarzt Orthopädie, Klinik A.\_\_\_\_, am gleichen Tag eine Arthroskopie der linken Schulter mit Tenodese der langen Bizepssehne durch, wobei er - nebst der Diagnose SLAP-Läsion, Buford-Komplex Schulter links - als Indikation eine anlässlich des Auffahrunfalls vom 30. März 2012 durch Gurte von dorsal her gerichtete Dezeleration der linken Schulter nannte (S. 1 Mitte).

Als Procedere nannte er eine physiotherapeutisch geführte Rehabilitation (gemäss Schema Tenodese) und ein Orthogilet für 4 Wochen; eine Hautnahtentfernung sei bei resorbierbarem Fadenmaterial nicht nötig (S. 2 Mitte).

### **E. 3.4**

Am 3. März 2014 erstatteten Dr. sc. techn. und dipl. Ing. ETH B.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Rechtsmedizin, eine biomechanische Beurteilung im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 15/2).

Zur in den Arztberichten angegebenen Geschwindigkeit führten sie aus, diese Angabe sei erstaunlich, da zu diesen Parametern keine gesicherten Erkenntnisse hätten vorliegen können; die Angabe sei in verschiedenen Folgeberichten kritiklos übernommen worden (S. 3 Anm. 1). Gemäss der technischen Unfallanalyse habe die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung anlässlich der Heckkollision zwischen 12.5 und 17.2 km/h betragen (S. 6 Mitte).

Die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall erklärbar (S. 6 unten). Es seien keine Mechanismen auszumachen, welche die beschriebene Läsion der linken Schulter erklären könnten (S. 7 Ziff. 2). Die erst 7 Monate nach dem Unfallereignis beschriebene Schultersymptomatik könne dem Unfallereignis weder als alleinige noch als Teilursache zugeordnet werden. Neben der langen Latenzzeit sei dabei auch der fehlende Verletzungsmechanismus entscheidend (S. 7 Ziff. 3).

Zur Rückfrage der Beschwerdegegnerin, ob sie bestimmte Arztberichte berücksichtigt hätten, nahmen Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ am 16. September ergänzend Stellung (Urk. 9/UAG1) und führten aus, einen der drei von der Beschwerdegegnerin genannten Arztberichte hätten sie bereits berücksichtigt, einen zweiten - versehentlich falsch datiert - ebenfalls (S. 3 Mitte). Grundsätzlich ergäben sich keine Änderungen der biomechanischen Beurteilung. Ein in diesen Berichten genanntes ‚plötzliches Anspannen des Bizeps durch Rückhalten am Lenkrad oder anderweitiges Festhalten‘ sei durch die zeitliche Verzögerung der muskulären Reaktion bei der Rückwärtsbewegung der Fahrzeuglenkerin in der - zirka 70 Millisekunden dauernden - ersten Phase der Heckkollision nicht vorstellbar. Die muskuläre Reaktion (Anspannung) werde erst bei der anschliessenden Vorwärtsbewegung der Fahrzeuginsassen zum Tragen kommen, wobei dann kein Zug mehr auf die Bizepssehne herrsche. Zudem sei die aktive Kraftanstrengung bei kontrolliertem Anheben oder Abhalten von Lasten als Unfallhergang nicht geeignet, eine Zerreissung der Sehne der Rotatorenmanschette zu verursachen (S. 3). Weiter spreche auch die Klinik gegen eine traumatische Läsion der Bizepssehne. Die traumatische akute Rotatorenmanschettentraktur führe unmittelbar zu einem Schmerz sowie zu einem Kraft- und Funktionsverlust. Dieser klinische Verlauf habe sich gemäss den vorliegenden Unterlagen nicht gezeigt (S. 3 unten).

### **E. 3.5**

Vom 3. bis 25. November 2014 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der RehaClinic D.\_\_\_\_, worüber am 11. Dezember 2014 berichtet wurde (Urk. 9/M90). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - chronische Schmerzen nach HWS-Distorsion QTF 2 - Status nach Verkehrsunfall bei 80 km/h mit Heckanprall - stumpfes Abdominal- und Thoraxtrauma - rheumatoide Arthritis - Allergien: Ciproflaxin , Opiate, Lokalanästhetika - Psoriasis

Unter intensiven rehabilitativen Anwendungen hätten sich die Schmerzen teil weise reduzieren lassen, die Rückenmuskulatur habe nun mehr Kraft und Stabilität aufgewiesen, und bezüglich der allgemeinen Körpermotorik und der muskulären Konditionierung hätten sich ebenso Verbesserungen gezeigt (S. 2 oben).

### **E. 3.6**

Lic . phil. E.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannte in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2015 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) als psychiatrische Diagnosen (Urk. 9/M92 S. 2 unten).

### **E. 3.7**

Die Ärzte des Muskulo -Skelettal-Zentrums, Orthopädie Obere Extremitäten, A.\_\_\_\_ Klinik, führten in ihrem Bericht vom 25. März 2015 (Urk. 9/M93) aus, die Patientin habe sich erneut selbständig aufgrund von seit einem Sturz vom 5. Februar 2015 persistierenden Schulterschmerzen vorgestellt (S. 1 Mitte), und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Schulter-/Armschmerzen linksseitig ( dominant ) mit/bei - Status nach Sturz am 5. Februar 2015 Differentialdiagnose (DD): Cerviko -Brachialgien - Status nach Mini-Open Revision und Tenodese der langen Bizepssehne mit/bei - Re-Operation der langen Bizepssehne bei Status nach Tenodese

Nach am 27. April 2015 erfolgter neurologischer Beurteilung wurden die Diagnosen wie folgt formuliert (Urk. 9/M94 S. 1 Mitte): - Schulter-/Armschmerzen linksseitig ( dominant ) mit/bei - Status nach Sturz am 5. Februar 2015, Status nach HWS-Schleudertrauma 2012 - klinisch-neurologisch keine sensomotorischen Ausfälle - elektrophysiologisch keine Hinweise für Engpasssyndrome des N. ulnaris und N. medianus beidseits Differentialdiagnose (DD): Cerviko -Brachialgien - Status nach Mini-Open Revision und Tenodese der langen Bizepssehne mit/bei - Re-Operation der langen Bizepssehne bei Status nach Tenodese

Am 29. Juni 2015 wurde als weitere Diagnose ein MRI der HWS vom 5. Juni 201

### **E. 5**

mit Normalbefund festgehalten (Urk. 9/M69 S. 1 Mitte). 4. 4.1

Am 15. Dezember 2015 erstatteten die Ärzte der Gutachtensstelle F.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/M99). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Versicherten (S. 17 ff.) und die von ihnen vom 6. bis 9. Juli 2015 (S. 1) erhobenen internistischen (S. 24 ff.), orthopädischen (S. 26 ff.), neurologischen (S. 41 ff.) und psychiatrischen (S. 49 ff.) sowie die am 28. Oktober 2015 erhobenen neuropsychologischen (S. 62 ff.) Befunde. 4.2

Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 84 Ziff. 8.4 lit . a). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie

(S. 84 f. Ziff. 8.4 lit . b): - chronisches cervikovertebrogenes Schmerzsyndrom mit lokalen Tendo myosen und Bewegungseinschränkung sowie Spannungskopfschmerz komponente bei - Status nach HWS-Distorsion (QTF II) nach Hochge schwindigkeits ver kehrsunfall mit Auffahrkollision am 30. März 2012 ohne auch nur leichte traumatische Hirnschädigung - mit ausgeprägten cervikocephalen Schmerzen - mit Klagen über Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit - ohne radikuläres Irritations- oder Ausfallssyndrom - Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance - ohne posttraumatische oder relevante degenerative Veränderungen an der HWS (MRI 5. Juni 2015) - chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter mit periscapulären

Insertionstendinosen und persistierendem Reizzustand im Sulcus

bicipitis und verminderter Belastbarkeit bei - Status nach Contusio am 30. März 2012 - konstitutioneller Fehlhaltung mit chronischer Bizepssehnenirritation - Status nach Arthroskopie der linken Schulter mit Tenodese der langen Bicepssehne vom 22. März 2013 bei SLAP-Läsion und Buford-Komplex - Status nach mini open-Revision und Tenodese der langen Bizeps sehne, Entfernung einer Bizepsschraube am 08. November 2013 bei Reruptur der langen Bicepssehne - minimalen arthrotischen Veränderungen und Instabilitätszeichen (Röntgen 08. Juli 2015) - MRI 17. August 2015: Darstellung eines Status nach Tenodese der langen Bizepssehne ohne sonstige Auffälligkeiten - chronisch rezidivierendes lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom mit akti vierter lumbosakraler Facettenarthrose, perisakraler

Ligamentopathie , intermittierenden ISG-Blockierungen und reaktiven Tendomyosen im Hüftbereich links bei - Beinlängendifferenz (circa 1-2 cm zu Ungunsten links) - Fehlstatik der Lendenwirbelsäule (LWS) bei Skoliose und lumbo sakraler Hyperlordose - muskulärer Insuffizienz und Dysbalance - ohne radikuläre Irritations- oder Ausfallssymptomatik - konstitutionelle Laxität mit interdigitalen Reizzuständen an Händen ( Gaenslen positiv) und Füßen (lockerer Spreizfuß) sowie Patella spitzen syndrom beidseits - Status nach operativer Versorgung der rechten Schulter 2008 bei Lab rum abriß ohne Funktionseinschränkung bei - diskreter postoperativer Veränderung am kranialen Labrum ohne sichere Zeichen eines Rezidiv-Risses, leichter Subluxationstendenz der langen Bicepssehne proximal beim Eintritt in den Sulcus ( Arthro -MRI 22. Juli 2009) - Status nach Pyelonephritis und Urosepsis 2004 - Migränekopfschmerzen mit wahrscheinlich Flimmerskotomen als Aura phä nomen , verzögert ein Jahr nach dem Unfall aufgetreten - Verdacht auf zusätzlich medikamentös-induzierte Kopfschmerzen (MUKS ) - Status nach stumpfem Abdominaltrauma anlässlich Unfall vom 30. März 2012 - CT Abdomen 30. März 2012: keine Verletzungen - ätiologisch nicht geklärter Tremor der Hände beidseits, rechtsbetont - DD: beginnender essentieller Tremor - funktioneller Tremor - Restless legs -Syndrom seit Kindheit, Zunahme im Erwachsenenalter mit Beschwerden auch in Ruhe 4.3

In der Zusammenfassung und Beurteilung (S. 69 ff. Ziff.) führten die Gutachter aus, von internistischer Seite könnten keine pathologischen Befunde genannt werden, insbesondere keine unfallkausalen Befunde (S. 74 Mitte).

Aus orthopädischer Sicht bestehe ein chronisches cervikovertebrogenes Schmerz syndrom mit lokalen Tendomyosen , Bewegungseinschränkung sowie eine Span nungskopfschmerzkomponente. Im Vordergrund und als Erklärung für die Symp tomatik stehe klinisch eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysba lance. Radiologisch fänden sich lediglich geringgradige Veränderungen an der HWS, posttraumatische, unfallkausale

strukturelle Läsionen lägen an der HWS nicht vor (S. 74 unten).

Im Bereich der linken Schulter sei die Beweglichkeit unwesentlich vermindert mit Schmerzangaben endphasig, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Schulter mit periscapulären

Insertionstendinosen und einem persistierenden Reizzustand im Sulcus

bicipitis. Ätiologisch gingen sie von einem Bizepssehnen-subluxationsphänomen aus, welches durch die chronische Haltungsinsuffizienz verursacht werde, die hierdurch verursachte habituelle relative Aussenrotation des Humeruskopfes, die konsekutive chronische Sehnen-subluxation und Tendopathie der langen Bizepssehne. Für diese haltungsbedingte Problematik sprächen die Scapulae alatae, die Insertionstendinosen am medialen Scapulawinkel und die hochgradigen Myosen am Oberrand des M. trapezius. Auch bezüglich der SLAP-Läsion sei ein Unfallzusammenhang - wie von Dr. Z.\_\_\_\_ mehrfach bestätigt - zwar durchaus möglich, jedoch in Anbetracht der klinischen Befunde (Laxität, Haltungsproblematik, radiologische Instabilitätszeichen) keineswegs sicher (S. 74 f.). Es liege ein persistierender Reizzustand an der langen, operativ zweimalig fixierten langen Bicepssehne links vor, zudem an der das Schulterblatt fixierenden Muskulatur bei Haltungsinsuffizienz. Eine ungenügende Fixation der Sehne in der Bizepsrinne als mögliche Schmerzquelle habe durch das Arthro-MRI der linken Schulter vom 17. August 2015 ausgeschlossen werden können. Zusammenfassend müsse das Schmerzsyndrom an der linken Schulter vorwiegend mit diesen unfallfremden Faktoren erklärt werden (S. 75).

Im Bereich der LWS bestehe ein chronisches rezidivierendes lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom, schmerzauslösend könnten die degenerativen Veränderungen im Sinne der aktivierten lumbosakralen Facettenarthrose, einer perisakralen

Ligamentopathie, intermittierenden ISG-Blockierungen sowie reaktiven Tendomyosen im Hüftbereich links definiert werden. Es bestehe eine Fehlstatik der LWS bei Skoliose mit Beinlängendifferenz und einer lumbosakralen Hyperlordose. Auch im LWS-Bereich stünden im Vordergrund unfallfremde, muskuläre Probleme im Sinne einer muskulären Insuffizienz und Dysbalance sowie eine konstitutionelle Laxität des Bindegewebes (S. 75 Mitte).

Von neurologischer Seite fänden sich in der klinischen Untersuchung keine pathologischen Befunde. Aufgrund der Akten, der Anamnese und der Klinik sei nicht davon auszugehen, dass die Versicherte sich beim Unfallereignis eine traumatische Hirnschädigung zugezogen habe. Zusammenfassend liessen sich aus neurologischer Sicht keine Unfallfolgen feststellen (S. 75 unten).

Zusammenfassend liessen sich aus somatischer Sicht die Intensität und das Ausmass der von der Versicherten beklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis alleine nicht erklären, eine zusätzliche nicht-somatische Komponente sei anzunehmen (S. 76 oben).

Von neuropsychologischer Seite könnten die von der Versicherten beklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen nicht objektiviert werden. Setze man die teilweise hervorragenden Einzelresultate in Bezug zu den tiefer ausfallenden übrigen Resultaten, so scheine eine leichte neuropsychologische Störung infolge von Schmerzen möglich. Von psychiatrischer Seite würden sie die genannte nicht-somatische Komponente im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung beurteilen. Das Unfallereignis habe bei der Versicherten eine psychosomatische Fehlentwicklung ausgelöst. Die Coping Strategien der

Versicherten seien zudem aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge eingeschränkt (S. 76). 4.4

Zur Kausalität (S. 85 f. Ziff. 8.5.A.1) führten die Gutachter aus, die Befunde im Bereich der HWS stünden nicht mehr in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall. Beim Unfall vom 30. März 2012 sei es zu keinen unfallbedingten strukturellen Schäden an der HWS gekommen, so dass nach allgemeiner unfallmedizinischer Erfahrung die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden im Bereich der HWS spätestens 6 Monate nach dem Ereignis als abgeheilt angesehen werden müssten (S. 85 f.).

Die Befunde an der linken Schulter stünden nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall. In der Pathogenese und im aktuellen Beschwerdebild dominierten in der Schulter-/Nackenregion die tendomyotischen Komponenten, welche haltungsbedingt seien (S. 86 oben).

Die Befunde an der LWS stünden nicht in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall. Im Bereich der LWS spielten unfallfremde Faktoren wie eine relevante skoliotische Wirbelsäulenstatik mit Beinlängendifferenz und muskulärer Insuffizienz sowie die konstitutionelle Laxität eine entscheidende Rolle. Beim Unfallereignis vom 30. Mai 2012 sei es ebenfalls zu keiner strukturellen Schädigung der LWS gekommen (S. 86).

Zusammenfassend seien die erhobenen Befunde an der HWS und LWS mit unfallfremden Faktoren zu erklären, an der linken Schulter spielten nur möglicherweise unfallbedingte Faktoren eine teilweise Rolle (S. 86 Mitte).

Folgen des Unfalles seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar (S. 86 ff. Ziff. 8.5.A.2). Folgende unfallfremde Faktoren stünden im Vordergrund: Bezüglich der linken Schulter könnten Irritationen an der Bizepssehne plausibel auf die Haltungsinsuffizienz zurückgeführt werden. Die von Dr. Z. \_\_\_ geäußerte Vermutung, es sei durch den Auffahrunfall ein Status nach ‚glenohumeraler Subluxation durch die Dezeleration, eine konsekutive Überlastung der langen Bicepssehne links‘ eingetreten, könne biomechanisch im Rahmen des Unfallgeschehens nicht nachvollzogen werden. Wesentlich plausibler sei pathogenetisch die Beobachtung einer Bizepssehnen-subluxation sphäno-mens - wie im Arthro MRI vom 22. Juli 2009 für die rechte Seite beschrieben und von Dr. Z. \_\_\_ auch für die linke Seite vermutet - durch die chronische Haltungsinsuffizienz, die hierdurch verursachte habituelle relative Aussenrotation des Humeruskopfes, die konsekutive Sehnen-subluxation und die Tendopathie der langen Bizepssehne (S. 86 f.).

Auch bei der SLAP-Läsion seien - näher ausgeführte - unfallfremde Faktoren anzunehmen (S. 87 Mitte). Im Bereich der LWS spielten ebenfalls unfallfremde Faktoren wie eine relevante skoliotische Wirbelsäule mit Beinlängendifferenz und muskulärer Insuffizienz eine entscheidende Rolle. Alles dies sei unfallfremd (S. 87 unten).

Das prozentuale Ausmass der unfallfremden Einflüsse lasse sich kaum quantifizieren. Die linksseitigen Schulterschmerzen stünden lediglich in möglichem natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall. In der Pathogenese und im aktuellen Beschwerdebild dominierten in der Schulter- und Nackenregion die tendomyotischen, haltungsbedingten Komponenten. Zudem wirkten auch noch die nicht-somatischen Faktoren mit. Das Ausmass und die Intensität der beklagten Beschwerden würden zusätzlich durch eine Schmerzfehlverarbeitung beeinflusst (S. 87 f.). 4.5

Unfallkausal lasse sich für die bisherige Tätigkeit als Treuhand-Sachbearbeiterin heute keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Rein unfallkausal lasse sich für die angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bis maximal 6 Monate nach dem Unfallereignis attestieren. Eine danach persistierende Arbeitsunfähigkeit lasse sich nicht mehr mit unfallkausalen Faktoren begründen (S. 91 Ziff. 8.6.1).

Eine muskuläre Trainingstherapie werde empfohlen zur Behandlung der – unfallfremden – Haltungsinuffizienz und der muskulären Dekonditionierung (S. 92 Ziff. 8.7.A.1).

Eine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität bestehe nicht (S. 94 Ziff. 8.1.1). 4.6

Am 4. Februar 2016 nahm Dr. Z. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3) zum F. \_\_\_-Gutachten Stellung und führte aus, er sei einverstanden, dass ein Buford-Komplex, wie bei der Patientin vorliegend, eine Normvariante darstelle und somit per se nicht als verletzungsbedingt angesehen werden könne. Bei der Patientin sei aber der ganze kraniale Limbus narbig verändert gewesen mit auch Knorpelfraktur des angrenzenden glenoiden Knorpels. Aus seiner langjährigen Erfahrung sei ein solcher Befund nicht als krankheitsbedingt unfallfremd zu betrachten, zumal auf der humeralen Seite keinerlei Veränderungen vorgelegen hätten (Urk. 15/1). 4.7

Am 25. Februar 2016 nahmen lic. phil. E. \_\_\_ (vorstehend E. 3.6) und Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum F. \_\_\_-Gutachten Stellung (Urk. 9/M103) und erstatteten einen Verlaufsbericht (Urk. 9/M102), worin sie die gleichen Diagnosen nannten wie im Bericht vom Oktober 2015 (S. 3 unten).

### **E. 5.1**

Dem angefochtenen Entscheid liegt die Verfügung vom 27. Januar 2016 (Urk. 9/K26) zugrunde. In dieser Verfügung verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ab einem bestimmten Zeitpunkt, verzichtete aber auch auf die Rückforderung bereits erbrachter Leistungen. Mithin stellt sich die Frage der Leistungspflicht für bereits übernommene Heilbehandlungskosten und die bis Ende 2015 erbrachten Taggeldleistungen (vgl. Urk. 9/T45) nicht mehr.

Zu beurteilen ist eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab Januar 2016. Diese wiederum hängt davon ab, ob ab diesem Zeitpunkt noch bestehende Beschwerden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang mit dem Auffahrunfall von 2012 stehen.

### **E. 5.2**

Mit Einspracheentscheid vom 7. Juni 2013 (Urk. 9/E4) erklärte sich die Beschwerdegegnerin bereit, „für die Behandlungskosten für die Beschwerden des linken Schultergelenkes wie im Operationsbericht vom 23. März 2013 beschrieben“ aufzukommen (S. 4 oben Ziff. 2, Dispositiv Ziff. 1). Im genannten Operationsbericht wurde als Procedere ein Orthogilet für 4 Wochen sowie eine physiotherapeutisch geführte Rehabilitation gemäss dem bei Tenodese vorgeesehenen Schema verschrieben (vorstehend E. 3.3).

Schon aus dem Wortlaut des Einspracheentscheids in Verbindung mit demjenigen des Operationsberichts ergibt sich mit aller Deutlichkeit, dass die Beschwerdegegnerin damit ihre - damals strittige - Leistungspflicht für die Schulteroperation vom März 2013 und die Behandlungskosten während der anschliessenden, einige Wochen beanspruchende

Rehabilitationsphase bejahte. Darauf bezieht und beschränkt sich die Rechtskraft.

Mehr wurde mit dem Einspracheentscheid vom Juni 2013 nicht festgelegt. Insbesondere wurde damit nichts zur Unfallkausalität von allfälligen weiterbe stehenden Schulterbeschwerden festgelegt, was schon rein logisch, abgesehen von irreversiblen Gesundheitsschäden, auch gar nicht möglich wäre: Ob ab Januar 2016 zu beurteilende Schulterbeschwerden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang zum Auffahrunfall im Jahr 2012 standen, kann nicht im Juni 2013 entschieden worden sein, dies umso mehr, als zwischenzeitlich im Zusammenhang mit der Diagnose der Schulterbeschwerden zusätzlich ein Sturz vom 5. Februar 2015 angeführt wurde (vorstehend E. 3.7).

Die Annahme der Beschwerdeführerin, die Unfallkausalität ihrer Schulterbeschwerden stehe rechtskräftig fest, ist aus diesen Gründen falsch. Daran ändert auch ihre vielfache Wiederholung nichts.

### **E. 5.3**

Bezüglich des F.\_\_\_\_-Gutachtens wurde in der Beschwerde (Urk. 1) geltend gemacht, der internistische Gutachter habe den Umfang der Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Unfall falsch beziffert, ebenso die Anzahl auswärtiger Mittagessen des Sohnes (S. 5 Ziff. 10). Der chirurgische Gutachter habe nur zur Schulterproblematik links Stellung genommen, bezüglich der klinisch festgestellten Beschwerden der HWS und der LWS finde keine Diskussion statt. Immerhin bringe er einen Teil der Beschwerden direkt in den Zusammenhang mit dem Unfall (S. 5 f. Ziff. 11). Auch der neurologische Gutachter bringe einen Teil der Beschwerden in direkten Zusammenhang mit dem Unfall (S. 6 Ziff. 12). Die psychiatrische Gutachterin habe eine somatoforme Schmerzstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert und in ihrer Beurteilung auf die gemäss nunmehriger Rechtsprechung nicht mehr anwendbare Überwindbarkeitspraxis abgestellt, was einen erheblichen Mangel darstelle. Immerhin ergebe sich auch daraus, dass der Status quo ante nicht erreicht sei (S. 6 Ziff. 13).

### **E. 5.4**

Was die Mängelrügen zu bestimmten anamnestischen Angaben anbelangt, kann offen bleiben, ob der Gutachter die Angaben der Beschwerdeführerin unzu treffend wiedergegeben hat oder ob die gerügten Ungenauigkeiten in ihren - korrekt berichteten - Angaben enthalten waren. Denn es ist nicht ersichtlich, dass die betreffenden Informationen für die hier zu beurteilende Kausalitätsfrage irgendeine Bedeutung haben könnten.

Sowohl die HWS- als auch die LWS-Beschwerden wurden im Gutachten, wenn auch möglicherweise nicht im von der Beschwerdeführerin ins Auge gefassten Abschnitt, ausführlich diskutiert (vorstehend E. 4.3). Der betreffende Kritikpunkt ist offensichtlich unzutreffend.

Das Argument, im Gutachten würden verschiedentlich bestimmte Beschwerden ‚in direkten Zusammenhang mit dem Unfall‘ gebracht, woraus zu schliessen sei, dass der Status quo ante nicht erreicht sei, basiert auf einer absichtsvollen Lesart ausgewählter Formulierungen und blendet aus, dass das Gutachten zur Kausalitätsfrage denkbar deutlich formulierte und ausführlich begründete Feststellungen enthält. Es überzeugt deshalb nicht.

Massgebend bleiben die Feststellungen im Gutachten (vorstehend E. 4.4), dass aus den dort genannten Gründen kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Auffahrunfall von 2012 (mehr) besteht.

### **E. 5.5**

An diesem Ergebnis ändert auch die Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ (vor stehend E. 4.5), der die Beschwerdeführerin im März 2013 operiert hat (vor stehend E. 3.3), nichts. Auf die gut begründete Feststellung, dass der Unfall mechanismus anlässlich der Heckkollision die 2013 festgestellte Schädigung am linken Schultergelenk nicht hat verursachen können (vorstehend E. 3.4), ist er mit keinem Wort eingegangen. Vielmehr hat er lediglich ausgeführt, dass er gestützt auf seine klinische Erfahrung den intraoperativen Befund nicht als krankheitsbedingt einstufte. Dies mag zutreffen. Einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Auffahrunfall von 2012 vermag es jedoch nicht belegen.

### **E. 5.6**

Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass auf das Gutachten, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt, abzustellen ist. Demnach ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Auffahrunfall von 2012 und den im Zeitpunkt der Untersuchung (Juli 2015) und damit auch im Verfügungszeitpunkt (Januar 2016) noch vorhandenen Beschwerden zu verneinen.

Dass die Beschwerdegegnerin ab 2016 keine Leistungen mehr erbracht hat, erweist sich demzufolge als rechtens, womit der angefochtene Entscheid dieses Inhalts zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

### **E. 6**

Mit Honorarnote vom 24. Februar 2017 hat der unentgeltliche Rechtsvertreter einen Aufwand von 11.85 Stunden und Barauslagen von Fr. 31.40 geltend gemacht (Urk. 12). Beim praxisgemässen Stundensatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er somit mit Fr. 2'849.45 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hin-zuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Leo Sigg, Luzern, wird mit Fr. 2'849.45 (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 Leo Sigg - Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG - 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 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, zu zustellen.

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 MosimannTiefenbacher

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