

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00086 vom 27. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00086

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00086 du 27 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00086 del 27 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, war bei der Y.____ beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nach ste hend: Mobiliar) obligatorisch unfallversichert, als sie am 1. November 2014 einen Auffahrunfall erlitt (Urk. 19/ M1).

Die Mobiliar

holte unter anderem ein orthopädisches und ein psychiatrisches Gut achten ein, das von den Ärzten der Z.____, am 15. Oktober 2015 erstattet wurde (Urk. 19 /M17-M18), und stellte die von ihr erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 27. November 2015 per 31.

Dezember 2015 ein (Urk. 19 /K44). Dagegen erhob die Versicherte am 7. Januar und 29. Februar 2016 Einsprache (Urk. 19 /K47, Urk. 19 /K49). Mit Ein sprache entscheid vom 1. März 2017 wies die Mobiliar die Einsprache ab (Urk. 19/K69 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. No vember 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesge setzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfall ver siche rung (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 ver wirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. Septem ber 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeit punkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 1. November 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

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invali dität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhanden sein 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 Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße 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. 1.3

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl.

BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der 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 Unfalles; • die Schwere oder besondere Art der erlittenen

Verletzungen; • fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; • erhebliche Beschwerden; • ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; • schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; • erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudert trauma 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).

1.

E. 1.6

) vollumfänglich erfüllen, ist auf sie abzustellen.

Dementsprechend steht fest, dass im Begutachtungszeitpunkt (September 2015) keine Diagnosen vorlagen, die eine dem Unfall vom 1. November 2014 zuzurechnende gesundheitliche Einschränkung begründet hätten. 4.4

Lagen somit (auch) im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (März 2017) keine unfallkausalen Beeinträchtigungen mehr vor, erweist sich auch der Einwand des angeblich verfrühten Fallabschlusses (Urk. 1 S. 11 f. Ziff. 6, Urk. 26 S. 14 Ziff. 6.1) als nicht stichhaltig. 4.5

Dass die Beschwerdegegnerin eine fortgesetzte Leistungspflicht mangels unfallkausaler Beeinträchtigung (vorstehend E. 4.3) verneint hat, ist somit als zutreffend zu bestätigen.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch die Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen dem Unfall und allfällig anhaltenden Beschwerden (vgl. vorstehend E. 1.5) zum gleichen Ergebnis führen würde. Der im Stillstand erlittene Auffahrunfall ist praxisgemäss im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen einzuordnen (SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.2.2), womit zur Bejahung der Adäquanz mindestens vier Kriterien erfüllt sein müssten

(SVR 2010 UV Nr.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 1. März 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 7. April 2017 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S. 2), dieser sei aufzuheben (Ziff. 1), es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilungskosten und Taggelder, auch nach dem 31. Dezember 2015 zu erbringen (Ziff. 2), eventuell sei ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen (Ziff. 3), sub eventuell seien ihr eine angemessene Rente und Integritätsentschädigung zuzu sprechen (Ziff. 4).

Nach Beizug der Akten der Invalidenversicherung (Urk. 13/1-119) beantragte die Mobilgar mit Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2017 (Urk. 18) die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin erstattete am 14. November 2017 die Replik (Urk. 26). Die Beschwerdegegnerin erstattete am 12. Dezember 2017 die Duplik (Urk. 29), was der Beschwerdeführerin am 19. Dezember 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 30). 3.

Die Invalidenversicherung verneinte mit Verfügung vom 18. Mai 2016 einen Leistungsanspruch (Urk. 13/92), was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 27. Februar 2017 im Verfahren Nr. IV.2016.00707 (Urk. 13/118) und vom Bundesgericht mit Urteil vom 15. Februar 2018 im Verfahren Nr. 9C_319/2017 bestätigt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss den Z.____-Gutachten sei der medizinische Endzustand erreicht (S. 7 Ziff. 3.6). Beim Unfall sei es nicht zu einem Kopfanprall gekommen, die Kopfstellung sei gerade gewesen und die Sitzposition aufrecht (S. 8 Ziff. 3.8). Im Unfallzeitpunkt sei die Beschwerdeführerin wegen eines früheren, am 12. Mai 2013 erlittenen Unfalls weder behandlungsbedürftig noch arbeitsunfähig gewesen (S. 8 f. Ziff. 3.10). Die diagnostizierten Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzen seien nicht unfallkausal (S. 9 Ziff. 3.11). Gemäss den erfolgten medizinischen Abklärungen lägen keine unfallkausalen organischen Gesundheitsschäden vor (S. 9 Ziff. 3.13).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der medizinische Endzustand sei nicht erreicht und diesbezüglich könne nicht auf das «absolut nicht verwertbare» Z.____-Gutachten abgestellt werden (S. 12 Ziff. 6.5). Die Beschwerdegegnerin habe, aus näher dargelegten Gründen, die Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 ATSG verletzt (S. 13 f. Ziff. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen sind allfällige weitergehende Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sowie die Frage, ob diesbezüglich auf die Z.____-Gutachten abgestellt werden kann. 3. 3.1

Am 12. Mai 2013 erlitt die Beschwerdeführerin einen - anderweitig versicherten - Unfall, als sie bei einer Fahrt auf der Autobahn die Beherrschung des Fahrzeugs verlor (Urk. 21/W22-23) und drei- bis viermal in die Leitplanke fuhr (Urk. 21/W13). Sie zog sich dabei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) und eine Commotio cerebri zu und war bis 9. Juni 2013 zu 100 % und bis 21. Juni 2013 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 21/20). 3.2

Am 1. November 2014 bremste die Beschwerdeführerin ihr Auto auf der Autobahn staubedingt bis zum Stillstand, worauf das hintere Auto auf ihres auffuhr und es noch leicht in das Heck des vorderen schob (Urk. 21/P6 S. 3 unten). 3.3

Die Erstbehandlung erfolgte gemäss Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 14. November 2014 (Urk. 19/M3) am 4. November 2014 (Ziff. 1). Er nannte als Diagnose ein cranio-cervicales Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion Grad II (Ziff. 5) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 3. bis 14. November 2014 (Ziff. 8).

Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Praxispartnerin von Dr. A.____ (vgl. Urk. 19/M3 Ziff. 7b), nannte in ihrem Bericht vom 29. Dezember 2014 (Urk.

19/M5) als vorläufige Diagnose ein Distorsions trauma der HWS mit persistierender Kopfschmerz- und Nackenschmerz symptomatik (Ziff. 5) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 8), dies mit Hinweis darauf, dass der Patientin auf Ende Dezember 2014 gekündigt worden und sie seit Ende Oktober freigestellt sei (Ziff. 9).
3.4

Am 3. Februar 2015 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 19/M35). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1): - chronifiziertes

cervico-myofasiales und zum Teil cervicovertebrales Schmerzsyndrom rechts betont - bei Status nach zweimaligem HWS-Distorsions-Trauma Mai 2013 und November 2014 - protrahierter, therapierefraktärer Verlauf; aggraviert durch sekundäre funktionell-somatoforme Faktoren bei erschwerter psychosozialer Belastungssituation und Verdacht auf posttraumatische Belastungs stö rung - überlagerte, nach dem zweimaligen HWS-Distorsionstraumata sich ver schlechternde / vorbestehende Migräne ohne Aura

Er führte unter anderem aus, diagnostisch bestehe seines Erachtens kein Bedarf nach einer MRI-Untersuchung des Schädels oder der HWS (S. 3 oben). 3.5

Am 11. Mai 2015 erfolgte in der K linik D.____ ein ambulantes Assessment im Auftrag der Beschwerdegegnerin, worüber Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. F.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 15. Mai 2015 berichteten (Urk. 19/M14). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 1. November 2014: PKW-Heckaufprall - Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Quebec Task Force (QTF) II - 29. Dezember 2014 Röntgen HWS a.p. /seitlich: gestreckte Haltung, sonst unauffälliger Befund - chronifiziertes zervikales myofasiales Schmerzsyndrom - pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts bei Verdacht auf Reizung des Iliosakralgelenkes (ISG) rechts bei - muskulärer Dekonditionierung - Differentialdiagnose: Facettengelenkssymptomatik, Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis - fibromyalgieähnliches Beschwerdebild mit ubiquitärer Druckdolenz, Epikondylopathie radialis und ulnaris beidseits und Tendopathien im Bereich der grossen Gelenke - Verdacht auf depressive Erkrankung bei anamnestischer Angabe von post partaler Depression, postpartaler Gewichtszunahme und Angst symptomatik nach HWS-Distorsionstrauma 2013 und psychosozialen Belastungsfaktoren - Magenbypassoperation 2010

Als aktuelle Probleme bestünden eine erhebliche Symptomausweitung mit Selbst limitierung und Schonverhalten mit nachfolgender Dekonditionierung, ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom mit Ausstrahlung in das rechte Bein und in die linke Flanke, ein ständiger Hinterhauptkopfschmerz mit Ausstrahlung nach frontal, verbunden mit Lichtempfindlichkeit, Nackenschmerzen beidseits, rechts betont, mit Ausstrahlung in den rechten Arm, vorbestehende Beschwerden des rechten Armes vom Ellenbogen bis in die Hand, verbunden mit Kraftlosigkeit, rezidivierende depressive Symptome, eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation und eine eingeschränkte Belastbarkeit im Beruf und Alltag (S. 1 f.).

Dr. E.____ und Dr. F.____ führten aus, aus medizinisch-diagnostischer Sicht zeige sich ein polymorphes, sich gegenseitig beeinflussendes Beschwerdebild, das sich auf die therapeutischen Massnahmen auswirke. Anhand der Untersuchungsbefunde und der Belastungstestung zeigten sich eine hochgradige Selbstlimitierung und ein Schonverhalten

mit der Folge einer Dekonditionierung mit muskulärer Dysbalance. Dies könne für das pseudoradikuläre Lumbalsyndrom verantwortlich sein. Des Weiteren fänden sich aber auch deutliche Zeichen einer fibromyalgieformen Symptomatik und einer psychischen Alteration mit depressiver Vorerkrankung und erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren, die den Verlauf von therapeutischen Massnahmen beeinflussen könnten (S. 2). Die Häufigkeit und die Dauer der Therapieeinheiten pro Woche seien angesichts der aktuellen Einschränkungen zu gering. Der Anteil der aktiven Bewegungstherapie sei deutlich zu gering (S. 3 oben).

Bis zum Eintritt in die Klinik D. ____ sei von einer weiteren Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Ziel der multimodalen stationären Rehabilitation sei die Rekonditionierung der Patientin zur beruflichen Wiedereingliederung in eine Tätigkeit (S. 5 unten). 3.

E. 5

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl.

Urteil des Bundesgericht 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

1.

E. 6

Lic. phil. G.____, Psychotherapeutin ASP / FSP, nannte in ihrem Bericht vom 2. Juli 2015 (Urk. 19/M15) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelschwerer Episode (S. 2 Ziff. 4).

Zur Anamnese und zur Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin führte sie aus, diese sei 1985 zu Verwandten in die Türkei gebracht worden. Zwischen 1988 und 1993 (ab 1990 bei Ferien aufenthalten) sei es regelmässig zu sexuellen Übergriffen durch einen Onkel und dessen Sohn gekommen (S. 1 Ziff. 1). Ende 2014 sei es zum Verlust der letzten Arbeitsstelle als Teamleiterin in einer Kantine gekommen (S. 2 Ziff. 1 oben). Die Beschwerdeführerin habe im Winter 2014/Frühjahr 2015 erneut an depressiven Stimmungen und Existenzängsten gelitten, dies im Zusammenhang mit einem Stellenverlust und den medizinischen Folgen des Unfalles vom 1. November 2014. Sie habe sich hoffnungslos gefühlt und sich grosse Sorgen um ihr Kind, ihre Mutter und sich selber gemacht. Die Beschwerdeführerin schlafe schlecht, sitze oft stundenlang in der Küche, grübele und könne sich zu nichts motivieren. Die Schmerzen im Rücken und Nacken seien unerträglich (S. 2 Ziff. 2).

Aus psychotherapeutischer Sicht bestehe zurzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die durch die psychiatrische Diagnose begründet sei. Die Beschwerdeführerin sei auch entschlossen, eine geeignete Arbeit zu suchen, sobald sie physisch dazu in der Lage sei (S. 3 Ziff. 6). Die gegenwärtige depressive Episode sei durch die körperlichen Symptome nach dem Unfallereignis vom 1. November 2014 ausgelöst worden. Die Beschwerdeführerin habe in diesem Zusammenhang nach einer psychotherapeutischen Unterstützung gesucht. Sie habe über grosse Schmerzen geklagt und sich kaum bewegen können (S. 3 Ziff. 11). 3.

E. 7

Am 15. Oktober 2015 erstatten med. pract. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Z.____, ein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 19/M17), die sich auf die ihnen überlassenen Akten, die am 3. September 2015 erfolgte psychiatrische Exploration und das gleichentags erstattete orthopädische Gutachten (vgl. nachstehend E. 3.8) stützten (S. 1 unten).

Die Gutachter führten aus, es bestehe kein ausreichender Anhaltspunkt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde psychiatrische Erkrankung. Jedoch bestehe eine mögliche Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (S. 9 Ziff. 4).

Zur Anamnese führten sie aus, die Beschwerdeführerin berichte über unterschiedlich stark ausgeprägte Schmerzen rechtsseitig im Nacken- und Kopfbereich sowie Lumbalgien mit Ausstrahlung in den rechten Arm und das rechte Bein. Nach psychischen Beschwerden befragt würden Ein- und Durchschlafstörungen angeführt sowie intermittierendes Gedankenkreisen, intermittierende Traurigkeit, Freudlosigkeit, Wut, erhöhte Reizbarkeit, Ungeduld und eine schnelle Erschöpfbarkeit bei erhaltenen Interessen (S. 2 Ziff. 1.1).

Anamnestisch habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zirka ab Mitte 2014 verschlechtert, nachdem sie im September 2013 eine neue Arbeitsstelle in einer Salatbar angenommen habe. Sie habe dort als Filialleiterin gearbeitet. Am 11. September 2014 sei ihr gekündigt worden. Als Folge habe sie eine zunehmende innere Anspannung und Unruhe mit konsekutiver Ungeduld, Wut, Reizbarkeit und schliesslich auch Traurigkeit entwickelt. Weiter hätten eine verminderte Fähigkeit zur Freude sowie Ein- und Durchschlafstörungen und phasenweise eine Nachdenklichkeit bestanden. Seit einem Autounfall vom 1. November 2014 habe sie vermehrt Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich sowie Übelkeit. Den jetzigen untätigen Zustand erlebe sie als belastend und psychisch beeinträchtigend (S. 3 Ziff. 1.3 Mitte).

Die Beschwerdeführerin könne Lebensdaten sicher rekonstruieren. Eine Zeitgitterstörung liege nicht vor. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis sei intakt (S. 7 Ziff. 3 unten).

In ihrer Beurteilung führten sie aus, die Beschwerdeführerin reklamiere Schmerzen entlang der Wirbelsäule. Zudem sei sie seit zirka einem Jahr schneller reizbar und wütend, habe intermittierend Gefühle innerer Unruhe und Anspannung. Weiter sei sie phasenweise traurig, könne sich phasenweise weniger freuen und habe Ein- und Durchschlafstörungen sowie zeitweise Insuffizienzgefühle. Als Auslöser der Symptomatik würden interaktionale Probleme, eine Überforderungssituation am Arbeitsplatz sowie letztlich eine Kündigung angeführt. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag selbständig, selbstversorgend, fahre einen PKW und habe 2015 eine Ferienreise unternommen. Eine namhafte alltagsrelevante Limitation scheine anamnestisch nicht auf. Ein Unfall mit schwerwiegenden Verletzungen sei auch aktenkundig nicht belegt (S.

E. 9

Ziff. 5 Mitte).

Der AMDP-konform erhobene psychiatrische Untersuchungsbefund sei ohne namhafte objektive Auffälligkeit. Auch aktenkundig lägen keine AMDP-konformen Befunde einer gravierenden Depression vor (S. 9 Ziff. 5). Die berichteten Unfälle erfüllten auch nicht die Kriterien lebensbedrohlicher oder katastrophaler Ereignisse (S. 9 Ziff. 5 unten).

Allenfalls sei zu erwägen, dass es durch eine Überforderungssituation und interaktionale Probleme am letzten Arbeitsplatz mit dann erfolgter Kündigung zu einer psychischen Reaktionsbildung mit affektiver Beeinträchtigung gekommen und somit die Diagnose einer Anpassungsstörung als möglich anzusehen sei. Alternativ lasse sich vor dem Hintergrund der Biographie der Beschwerdeführerin auch eine Dysthymie diskutieren. Wesentlich sei jedoch, dass der jetzige Befund gegen eine namhafte Depressivität spreche. Die Arbeitsfähigkeit sei für jedwede Tätigkeit mit dem gegebenen Ausbildungsniveau mit 100 % einzu schätzen. Dies gelte per sofort (S. 10 oben).

Im Bericht der vorbehandelnden Psychotherapeutin (vgl. vorstehend E. 3.5) werde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode aufgeführt. Darin sei letztlich nur eine geringe Beeinträchtigung beschrieben worden und keine objektive Befunderhebung nach AMDP erfolgt. Der Bericht reiche versicherungsmedizinisch nicht aus. Für eine auch vorangehend nur geringe psychische Beeinträchtigung sprächen zudem die niedrig dosierte, vor allem schlafinduzierte antidepressive Medikation sowie die gute Alltags selbständigkeit der Beschwerdeführerin mit einem insgesamt guten Aktivitätsniveau (S. 10 Mitte) Auch die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung mit

psychischen und körperlichen Faktoren seien nicht erfüllt. Dies, da eine namhafte Schmerzbeeinträchtigung und ein fehlverarbeiteter seelischer Konflikt zumindest nicht mehr evident seien. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Alpträume, Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidungsverhalten) lägen ebenfalls nicht vor (S.

E. 10

unten).

Auf psychiatrischem Gebiet sei eine unfallkausale Gesundheitsstörung nicht und zu keinem Zeitpunkt wahrscheinlich (S. 11 Ziff. 5).

Zur Frage, ob Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen Befunden bestünden, führten sie aus, in der Gegenübertragung und im objektiven Befund nach AMDP liessen sich keine gravierenden Beeinträchtigungen erkennen. Die anamnestisch reklamierte Beeinträchtigung sei also zumindest hinsichtlich deren Ausprägung nicht ausreichend nachvollziehbar und widerspreche im Übrigen auch der anamnestisch aufscheinenden Alltagsgestaltungsfähigkeit und der Aktivität der Beschwerdeführerin (S. 11 Ziff. 6). 3.8

Ebenfalls am 15. Oktober 20

E. 15

erstatteten Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Prof.

I.____, Z.____, ein

orthopädische Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 19/M18), wobei sie sich auf die ihnen überlassenen Akten, die Untersuchung durch Dr. J.____ vom 4. September 2015 und das psychiatrische Gutachten (vgl.

vorstehend E. 3.7) stützten (S. 1 unten).

Als Diagnose nannten sie eine leichtgradige radiale und ulnare

Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenks und stellten fest, dass für eine objektivierte Unfallfolge kein ausreichender Anhaltspunkt bestehe (S. 11 Ziff. 4).

Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin zunächst Kopf- und Nackenschmerzen geäußert. Sie verspüre häufiger Übelkeit und habe Schwindel. Die Beschwerden bestünden dauerhaft. Zeitweilig komme es auch zu einer anfallsartigen Symptomatik mit Herzrasen. Die Kopfschmerzen strahlten vom Nacken beginnend bis in die Stirnregion aus und würden haubenförmig geschildert (S. 2 Ziff. 1.1 oben). Weiterhin werde eine Lumbalgie mit Ausstrahlung in die rechte Gesässregion geschildert. Die Beschwerdeführerin habe hier bewegungs- und belastungsabhängig überwiegend lokale Schmerzen. Zeitweise bestehe auch eine Schmerzausstrahlung in den rechten Oberschenkel und das Kniegelenk, die vorwiegend die Vorderseite des Beines betreffe. Die Schmerzen würden als stechend beschrieben. Auf der fiktiven Schmerzskala (0-10) betrage die aktuelle Intensität 5 und die maximale Intensität 8. Die minimale Intensität liege bei 2. Längeres Sitzen bereite vermehrt Beschwerden. Im Stehen sei die Symptomatik erträglich. Wegen der geschilderten Schmerzen müsse sie dauerhaft Medikamente einnehmen und sei in ihrer körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. Bei der Hausarbeit erhalte sie Hilfe durch ihre Mutter, die jedoch selbst gesundheitlich angeschlagen sei (S. 2

Ziff. 1.1).

Im Jahr 2010 sei wegen Adipositas eine Magenbypassoperation durchgeführt worden. Sie habe den Eingriff bei einem Körpergewicht von 130 kg durchführen lassen (S. 3 Ziff. 1.2 oben).

Bei dem Unfallereignis vom 1. November 2014 habe es sich um eine Heckkollision auf der Autobahn gehandelt. Ein mit hoher Geschwindigkeit fahrendes PKW Fahrzeug habe sie heckseitig angestossen. Die Beschwerdeführerin habe anschliessend Nacken- und Kopfschmerzen, Übelkeit und Konzentrationsstörungen bemerkt. Sie sei jedoch erst zwei Tage nach dem Unfallereignis zum Hausarzt gegangen, der ein Röntgenbild veranlasst habe. Es sei eine Schmerzmedikation eingeleitet worden sowie eine längere Serie von physiotherapeutischen Behandlungen. Die Beschwerdeführerin habe in den weiteren Ausführungen angegeben, dass sie bereits 2013 bei einem Verkehrsunfall eine Distorsion der Halswirbelsäule und eine Commotio cerebri erlitten habe mit einer damals zirka dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit. Diese sei wegen Angst vor einem Stellenverlust beendet worden. Seit dieser Zeit habe sie wiederkehrende Zervikozephalgien. Zu einer Beschwerdefreiheit sei es nach dem ersten Unfallereignis nie gekommen (S. 3 Ziff. 1.2).

Die Beschwerdeführerin sei bis 2010 wegen der Erziehung ihres Kindes zu Hause geblieben. Sie habe dann eine Tätigkeit im Labortransport und in der Begleitung von Patienten angenommen, zuletzt mit einem Pensum von 100 %. Anschliessend habe sie eine Tätigkeit in der Gastronomie aufgenommen, wo sie als Filialleiterin eingesetzt gewesen sei (S. 4 Ziff. 1.4).

Die Beschwerdeführerin habe zervikale und zephalische Schmerzen sowie die rechtsseitige Lenden-/Beckenregion betreffende Schmerzen geäussert. Bei der gutachterlichen Untersuchung sei eine leichtgradige radiale und ulnare

Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenkes objektiviert worden. Ansonsten bestehe kein ausreichender Anhaltspunkt für eine objektivierbare namhafte Auffälligkeit. Die spontane Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei frei und ungehindert. Objektive Zeichen eines namhaften zervikalen Syndroms lägen nicht vor (kein paravertebraler Hartspann, keine Fehlstellungen oder Fehlhaltungen, kein Nervenschaden). Auch aktienkundig seien keine unfallkausalen strukturellen zervikalen oder

zephalischen Läsionen objektiviert worden. Die bisherigen Arbeitsunfähigkeitsatteste seien offenkundig anhand des subjektiven Beschwerdevortrages erstellt worden. Sie seien versicherungsmedizinisch nicht haltbar, da namhafte objektive Störungszeichen oder Läsionen nicht belegt und auch jetzt nicht zu erkennen seien (S. 11 Ziff. 5).

Angesichts der anamnestischen Angabe mehrerer Unfälle und damit assoziierter ähnlicher Beschwerden sei fraglich, welchem Ereignis eine allfällige unfallbedingte Gesundheitsstörung überhaupt zuzuordnen sei. Die im Bereich des rechten Armes zu erhebende radiale und ulnare

Epicondylopathie sei ohne Beschwerde korrelat. Eine namhafte funktionelle Beeinträchtigung lasse sich hieraus nicht ableiten. Weiter liege auch keine Inaktivitätshypertrophie des rechten Armes vor (S. 11 Ziff. 5 unten).

Das Unfallereignis vom 1. November 2014 sei anamnestisch und aktienkundig als leichtgradig zu bewerten, da strukturelle Läsionen nicht nachgewiesen worden seien. Auch spreche die Evidenzlage der wissenschaftlichen Medizin gegen einen Kausalbezug der

reklamierten chronischen zervikozephalen Beschwerden mit Halswirbeldistorsionen ohne belegte strukturelle Verletzungen (S. 12 Mitte) .

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte und jedwede vergleichbare oder auch eine andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen, dies per sofort und auch retrospektiv ex tunc geltend (S. 12 unten). 3.9

Med. pract. K. ___ nannte in ihrem Bericht vom 30. November 2015 über ihre am 25. November 2015 erfolgte neurologische Untersuchung (Urk. 19/M19) folgende Diagnosen (S. 1): - Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz bei zugrundeliegenden posttraumatischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Differentialdiagnose: zusätzlicher Migränetyp bei Status nach zweimaligen HWS-Beschleunigungstrauma und leichtem Schädel-Hirn-Trauma (2012 und 2014) - attackenartige Zustände mit variablen Symptomen: Schweißausbrüche, Übelkeit, Ganzkörperkribbeln, Übelkeit bisher ungeklärter Genese, Differentialdiagnose: Kreislaufreaktionen, Differentialdiagnose: Angstattacken, Differentialdiagnosen: epileptische Genese

Anamnestisch bestünden ein Status nach einer Magenbypassoperation 2010, eine Hypothyreose, aktuell substituiert, und ein Vitamin D3 Mangel, aktuell substituiert.

Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie seit über einem Jahr vergeblich wegen chronischer Kopfschmerzen betreut worden sei. Ursächlich für die Kopfschmerzproblematik seien zwei Autounfälle. Zuvor habe sie nur hin und wieder leichte Kopfschmerzen gehabt (S. 2 oben). Unabhängig von den Kopfschmerzen würden gelegentlich Zustände auftreten, bei denen die Beschwerdeführerin plötzlich Übelkeit und ein Ganzkörperkribbeln empfinde. Es komme zu einem diffusen Schwindelgefühl und zum Teil auch zu Schweißausbrüchen. Das Bewusstsein sei hierbei nie beeinträchtigt. Die Patientin berichte, dass sie körperlich und geistig erschöpft sei. Sie sei häufig müde, auch weil sie schlecht schlafe (S. 2 unten).

Die Einschätzung der komplexen medizinischen wie auch psychosozialen Situation der Patientin könne nur bedingt erfolgen, da med. pract. K. ___ keine Vorberichte oder Untersuchungsbefunde vorlägen. Unstrittig sei, dass bei der Menge und Dauer der Schmerzmittelinnahme ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz diagnostiziert werden müsse (S. 4 Mitte). 3. 10

Dr. med. L. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Lic.

phil. M. ___ , füllführende Psychologin, führten in ihrem Bericht vom 15. Januar 2016 (Urk. 19/M

E. 20

) über das am 13. Oktober 2015 erfolgte Erstgespräch zur aktuellen Situation aus, seit einem Autounfall im November 2014 bestünden bei der Beschwerdeführerin Ein- und Durchschlafstörungen und Nacken- und Kopfschmerzen. Die Beschwerden hätten sich seit August 2015 verstärkt mit Anfällen mit Schwindel, Übelkeit, Kribbeln und Schweißausbrüchen. Dann helfe ihr nur Liegen und Schlafen. Bis Mai 2015 hätten auch Rückenschmerzen bestanden. Die Patientin wolle keine Pläne machen aus Angst vor Enttäuschung (S. 1).

Zum Psychostatus gaben sie an, die 38-jährige Patientin sehe müde aus. Sie sei bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt sei sie teilweise gereizt. Die Auffassung sei unauffällig, die Konzentration eingeschränkt. Es komme zu Gedankenkreisen. Im Antrieb sei sie reduziert (S. 2 oben).

Die belastete Patientin sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig. Seither bestünden persistierende Nacken- und Kopfschmerzen. Es bestehe ein Status nach Binge Eating und Magen-Bypass-Operation. Weiter bestehe eine chronische Nacken- und Kopfschmerzsymptomatik bei einem Status nach zweimaligem HWS-Distorsionsstrauma. Eine Hypothyreose sei substituiert. Sodann bestehe eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode (S. 2). 3.11

Die Beschwerdeführerin war in der Folge vom 22. Februar bis 18. März 2016 in der Klinik N.____

hospitalisiert, worüber am 7. April 2016 berichtet wurde (Urk. 19/M21). Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Verdacht auf Medikamentenüberkonsum bei zugrundeliegenden posttraumatischen Kopfschmerzen, Differentialdiagnose: chronischer Migränetyp - Status nach zweimaligem HWS-Beschleunigungstrauma und leichtem Schädel-Hirn-Trauma (2012 und 2014) - attackenartige Zustände mit variablen Symptomen: Schweißausbrüche, Übelkeit, Ganzkörperkribbeln, Übelkeit bisher ungeklärter Genese; Differentialdiagnose: Kreislaufreaktionen, Angstattacken - Status nach Magenbypassoperation 2010 - Hypothyreose unter Eltroxin-Substitution

Zum Verlauf wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei zur stationären neurologischen Rehabilitation zugewiesen worden. Seit 2012 bestünden zunehmende chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Bei zwei Autounfällen sei es zweimalig zu einem HWS-Beschleunigungstrauma und einem leichten Schädel-Hirn-Trauma gekommen. Beim Eintritt in die Klinik hätten tägliche Kopfschmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung bis in die Stirn mit einer Stärke auf der Schmerzskala von 8 von 10 bestanden (S. 1).

Die Schmerzsymptomatik habe sich im Verlauf verbessert, ohne dass die Schmerzen vollständig verschwunden seien (S. 2 oben). Für eine leichte körperliche Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar (S. 4 oben). 3.12

Dr. L.____ und lic. phil. M.____ (vorstehend E. 3.10), nannten in ihrem Bericht vom 30. August 2016 (Urk. 19/M40) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittlere bis schwere Episode (ICD-10 F33.1/F33.2) - mindestens Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen, Borderline-Typ - dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F44.7) - Binge Eating (ICD-10 F50.4) - Status nach Magen-Bypass-Operation 2010 - posttraumatische Kopfschmerzen - Status nach zweimaligem HWS-Beschleunigungstrauma und leichtem Schädel-Hirn-Trauma, 2012 (richtig: 2013) und 2014 - Hypothyreose

Sie führten aus, seit Behandlungsbeginn habe sich tendenziell eine Verschlechterung der Symptomatik gezeigt. Eine vorgeschlagene stationäre psychiatrische Behandlung lehne die Patientin derzeit ab. Anamnestisch sei zu erfahren, dass bereits vor dem Unfall eine psychiatrische Erkrankung bestanden habe. Es sei jedoch davon auszugehen, dass es durch den Unfall zu einer deutlichen Zunahme der psychiatrischen Symptomatik gekommen sei (S. 2 unten). 3.13

Der orthopädische Z.____-Gutachter führten in einer ergänzenden Stellungnahme vom 3. November 2016 (Urk. 19/M44) noch einmal aus, dass und inwiefern die beiden Gutachten im Austausch aufeinander abgestimmt seien (S.

1 f.), und dass die Begutachtung in (den gewählten) zwei Disziplinen gerechtfertigt gewesen sei, dies auch im Lichte der näher ausgeführten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (S. 2). Ferner bestätige der Bericht von med. pract . K.____ (vgl.

vorstehend E. 3. 9) das Fehlen einer nervalen Auffälligkeit, in welchem zudem bezüglich der Funktionen und Muskulatur der HWS keinerlei Auffälligkeiten berichtet würden (S. 3 oben). 4. 4.1

In der Beschwerde (Urk. 1) wurde gegen das Vorgehen der Beschwerdeführerin und die Z.____-Gutachten eingewandt : (a) gemäss BGE 134 V 109 E. 9.4 wäre eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt gewesen (S. 13 Ziff. 7.2) (b) es sei zu Unrecht kein strukturiertes Beweisverfahren (BGE 141 V 281) durchgeführt worden (S. 13 Ziff. 7.3) (c) es handle sich um zwei Einzelgutachten ohne Konsensbesprechung (S. 13 f. Ziff. 7.4) (d) es sei zu Unrecht kein Einigungsverfahren (BGE 137 V 201) durchgeführt worden (S. 14 Ziff. 7.5) (e) die Z.____ AG sei befangen und deshalb nicht neutral, dies verbunden mit verschiedenen Prof. I.____ betreffenden Hinweisen (S. 14 ff. Ziff. 7.6) 4.2

Hinsichtlich der meisten Kritikpunkte kann auf das die Beschwerdeführerin betreffende und ihr mithin bekannte Urteil des Bundesgerichts 9C_319/2017 vom 15. Februar 2018 verwiesen werden, insbesondere Punkt (b) betreffend auf dessen Erwägung 2.5, Punkt (c) betreffend auf dessen Erwägung 2.3 (und vorstehend E.

3.13), Punkt (d) betreffend auf dessen Erwägung 2.1 und Punkt (e) betreffend auf dessen Erwägung 2.2.

Punkt (a) betreffend ist darauf hinzuweisen, dass im angeführten BGE 134 V 109 nicht gesagt wird, es sei in jedem Fall ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich, sondern es sei nach HWS-Distorsionen nebst einer genügenden Erstabklärung zu verlangen, dass eine «eingehende medizinische Abklärung (im Sinne eines polydisziplinären / interdisziplinären Gutachtens)» bereits in einer ersten Phase nach dem Unfall vorgenommen werde, sofern und sobald Anhaltspunkte für ein längeres Andauern oder gar eine Chronifizierung der Beschwerden bestünden (E. 9.4). Dass dem im vorliegenden Fall nicht nachgelebt worden sein sollte, ist nicht ersichtlich. 4.3

Die gegen die Gutachten erhobenen Einwände erweisen sich somit als nicht stichhaltig. Nachdem die Gutachten auch alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E.

E. 25

E.

4. 4).

Nicht erfüllt sind vorliegend die Kriterien besonders dramatischer Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles, der Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung, einer die Unfallfolgen erheblich verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung sowie eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Damit kann offen bleiben, wie es sich mit den lediglich zwei verbleibenden Kriterien (erhebliche Beschwerden, erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen) verhielte. 4.6

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin eine weiter dauernde Leistungspflicht zu Recht verneint hat, so dass der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 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 Mosimann Tiefenbacher

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