

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00033**

## **vom 25. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00033](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00033)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00033 du 25 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00033 del 25 settembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin die Verletzung des rechtlichen Gehörs. Sie macht geltend, die Sachverhaltsfeststellung sei aktenwidrig und will kürzlich, die Beschwerdegegnerin verkenne die Tragweite der Beweislast-Regeln und verletze die Untersuchungsmaxime (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3.1).

#### **E. 1.2**

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzu sehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend ausführte, entspricht der Einspracheentscheid dem gängigen formellen Aufbau (Urk. 7 S. 2 lit. B.1.b).

Sie nahm in der Beschwerdeantwort auch Stellung zur von der Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorgebrachten Argumentation (Urk. 7). Nicht erforderlich ist, dass die Beschwerdegegnerin zu jedem einzelnen Einwand detailliert Stellung nimmt. Nachdem sich sowohl aus dem Einspracheentscheid als auch aus der Beschwerdeantwort ergibt, aus welchen Gründen die Beschwerdegegnerin zu ihrer Entscheidung gelangt ist, und zudem ein zweiter Schriftenwechsel durchgeführt wurde (Urk. 9, Urk. 13, Urk. 17), wäre eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu betrachten.

#### **E. 2**

.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 3**

.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, bis zum Entscheiddatum vom 20. Dezember 2017 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessert. Der Endzustand sei damit noch nicht erreicht, die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt (S. 12 Ziff. 3.26). Eine Behandlungsdauer von einem bis zwei Jahren nach dem Unfall liege bei HWS-Traumata durchaus im Rahmen des Üblichen (S. 12 Ziff. 3.24). Insgesamt sei der Beschwerdegegnerin der Beweis, dass die natürliche Kausalität weggefallen sei, nicht gelungen (S. 13 Ziff. 4.1). Der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ sei mangelhaft, beruhe auf einem aktenwidrigen Sachverhalt und unterstelle ihr zu Unrecht und im Unterschied zu allen anderen Ärzten eine Schmerzverdeutlichung (Ziff. 3.14). Nach der vertrauensärztlichen Untersuchung durch Dr. A.\_\_\_\_ habe sich ihr Gesundheitszustand verbessert, es sei ein Arbeitsversuch gestartet und eine vertrauensärztliche Untersuchung durch die Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ durchgeführt worden (S. 9 Ziff. 3.15). Deren Bericht sei nicht nur zeitlich aktueller, sondern er beruhe auf dem aktuellen und gegenüber der Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ vom September 2017 veränderten Sachverhalt (S. 10 Ziff. 3.16).

Im Rahmen der Replik vom 28. Juni 2018 (Urk. 13) hielt die Beschwerdeführerin daran fest, dass der vertrauensärztliche Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ unhaltbar sei. Dr. A.\_\_\_\_ habe sich weder mit dem konkreten Unfall noch mit der Beschwerdeverschlimmerung wegen des «Putzeimer-Unfalls» auseinandergesetzt. Tatsachenwidrig habe er das gänzliche Fehlen einer Verbesserung behauptet und ihr zu Unrecht eine Verdeutlichungstendenz unterstellt (S. 4 f. Ziff. 3.b). Die fortgesetzten Behandlungen hätten eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes bis hin zur vollständigen Arbeitsfähigkeit unter Fortsetzung der Physiotherapie gebracht (S. 5 unten).

### **E. 3.3**

Strittig und zu prüfen ist damit, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 29. August 2017 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, mithin der rechtsgenügende Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 21. November 2016.

### **E. 4**

Am 21. Februar 2017 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, der Verlauf sei chronisch. Bezüglich der Symptome verwies er auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2017. Die Beschwerden hätten nur gering gebessert (Urk. 8/M7).

### **E. 4.6**

In seinem Bericht vom 6. Mai 2017 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, der Verlauf sei chronisch mit nur langsamer Besserung. Die Schmerzen im Nackenbereich hätten sich unter Physiotherapie gebessert. Die Schwindelbeschwerden bestünden weniger, vorwiegend bei Kopfbewegung und bei Fahrten im öffentlichen Verkehr. Selber Autofahren getraue sie sich noch nicht. Ein Druck im Kopf bestehe weiter, meistens im occipitalen Bereich. Die Beweglichkeit der HWS sei nicht mehr eingeschränkt. Seit dem 17. März 2017 arbeite die

Beschwerdeführerin in einem Pensum von 20 %, entsprechend zweimal vier Stunden pro Woche. Es sei mit einer langsamen Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 8/M9).  
4.

## **E. 5**

Am 6. März 2017 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der zuständigen Vorgesorgeeinrichtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, untersucht. In seinem Bericht vom 6. März 2017 (Urk. 3/3) nannte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 lit. A.1): - kraniozervikales Beschleunigungstrauma am 21. November 2016 mit - persistierendem HWS-Syndrom und zervikozephalen, vegetativen und brachialen Symptomen - konventionelles Röntgen 21. November 2016 und CT nativ der HWS 29. November 2016: Ausschluss von Traumafolgen; keine Hinweise auf neuroforaminale

Engnis - neurologisches Konsilium am 7. Februar 2017: keine neurologischen pathologischen Befunde

Sie gehe zweimal pro Woche in die Physiotherapie, dadurch hätten sich die Beschwerden gebessert. Der Druck im Kopf sei jedoch nur wenig besser geworden, dies sei sehr störend (S. 3 lit. A.3.1). Intermittierend trete Schwindel auf und es bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit der HWS-Muskulatur hinunter bis Mitte BWS. Die Schmerzen im rechten Arm hätten stark gebessert (S. 4 lit. A.3.2). Die Arbeitsfähigkeit werde auch durch die psychosoziale familiäre Belastung beeinflusst (S. 5 lit. A.4). Die Compliance sei ordentlich, die Beschwerdeführerin arbeitswillig. Der drohenden Chronifizierung müsse mit einer baldigen Arbeitsaufnahme begegnet, die Arbeitsfähigkeit jedoch in kleinen Schritten aufgebaut werden (S. 6 lit. 7.1). Für die bisherige Tätigkeit bestehe eine vorübergehende, vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 8 lit. B.1). Ab zirka Mitte März 2017 könne ein Arbeitsversuch gestartet werden mit einer Präsenzzeit von 20 % sowie einer Belastung von zirka 50 %. Die Präsenzzeit sei in kleinen Schritten von 10 % zu steigern und gelegentlich in effektive Arbeitsfähigkeit umzuwandeln. Die körperliche Belastung sei anfänglich deutlich zu reduzieren, wechselbelastend, ohne Heben von Lasten über 5 kg, ohne schwere Reinigungsarbeiten (S. 9 lit. B.1).

### **E. 5.1**

Vorliegend ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten auch ausgewiesen, dass die geklagten Beschwerden kein organisches Korrelat aufweisen. Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2 mit Hinweis). Die anlässlich der Erstuntersuchung im Z.\_\_\_\_ am Unfalltag durchgeführten röntgenologischen Untersuchungen ergaben einen normalen Befund und auch eine am 29. November 2016 veranlasste computertomographische Untersuchung ergab keine Auffälligkeiten (E. 4.1, vgl. auch E. 4.3).

Bei allfälligen natürlich unfallkausalen verbliebenen Schädigungen, wozu auch die seit dem Unfall am 21. November 2016 geklagten Kopf- und Nackenschmerzen sowie teilweise Schwindel gehören (E. 4.5-6), ist daher die Adäquanz gesondert zu prüfen (vgl. vorstehend E. 2.4). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_70/2009 vom

31. Juli 2009 E. 3 mit Hinweisen).

## E. 5.2

Die Beschwerdeführerin beanstandete den Fallabschluss per 29. August 2017 als verfrüht (vgl. vorstehend E. 3.2). Ein Fallabschluss ist dann vorzunehmen, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. In diesem Zeitpunkt ist der Fall somit unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteile des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3 und 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, um schreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3). Der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz setzen sodann lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013, E. 5.2, und 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012, E. 3.2.2).

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 29. August 2017, mithin rund zehn Monate nach dem Unfall, ein. Sie verwies dabei auf das rheumatologische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_, welcher gestützt auf ausführlich beschriebene Beobachtungen während der Untersuchung Diskrepanzen und Hinweise für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung sowie ein nicht näher spezifizierbares Schmerzverhalten feststellte. Das Gutachten ist nachvollziehbar und plausibel begründet und überzeugt in seiner Beurteilung vollumfänglich. Soweit die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, es beruhe auf einem aktenwidrigen Sachverhalt und Dr. A.\_\_\_\_ habe die durch die Craniosacral-Therapie und die Physiotherapie erreichte Verbesserung nicht gewürdigt, ist auf die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung durch Dr. A.\_\_\_\_ gemachten Ausführungen hinzuweisen. Dabei gab sie selber an, die initial durchgeführte Physiotherapie habe ihr nicht geholfen und die Craniosacral-Therapie sei ebenfalls unergiebig geblieben (vgl. Urk. 8/M14 S. 2 Mitte). Die

Beurteilung der erreichten Verbesserung

im Gutachten beruht damit einerseits

auf der Selbsteinschätzung durch die Beschwerdeführerin, wird jedoch andererseits gestützt durch die Angaben der Craniosacral-Therapeutin. Diese führte in ihrem Bericht vom 23. Oktober 2017 aus, zu Beginn der Behandlung ab Mai 2017 sei es fast unmöglich gewesen, am Kopf der Beschwerdeführerin zu arbeiten. Erst ab September 2017 - und damit nach der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ - sei es zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen (E. 4.9). Ebenso hielt der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ am 6. Mai 2017 fest, die Schmerzen im Nackenbereich hätten sich gebessert, die Beweglichkeit der HWS

sei nicht mehr eingeschränkt. Ein Druck im Kopf bestehe weiter, Schwindelbeschwerden würden weniger, vorwiegend noch bei Kopfbewegungen und bei Fahrten im öffentlichen Verkehr bestehen (E. 4.6). Diese Beschwerden wurden im Wesentlichen unverändert seit Januar 2017 geschildert (vgl. E. 4.2).

Dass Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung Ende August 2017 davon ausging, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten war, kann ihm demnach nicht vorgeworfen werden und er scheint nachvollziehbar und plausibel. Die im späteren Verlauf eingetretene Verbesserung der Beschwerden vermag daran nichts zu ändern.

Zum weiteren Einwand, wonach Dr. A.\_\_\_\_ ihr zu Unrecht und im Unterschied zu allen anderen Ärzten eine Schmerzverdeutlichung unterstelle, ist auf die ausführliche Begründung im Gutachten mit Schilderungen von mehreren Beobachtungen zu verweisen. Das spontane Bewegungsverhalten schilderte Dr. A.\_\_\_\_ unbeobachtet als nicht auffällig, so beispielsweise das Heben des rechten Oberarms zum Einhängen der Tasche über die Schulter sowie das Rotieren des Kopfes auf beide Seiten zur Positionierung in Bauchlage auf der Unterlage. Die Schmerzreaktion bei Palpation des rechten Armes beschrieb er abgelenkt im Gespräch und in Bauchlage als wesentlich geringer (Urk. 8/M14 S. 3). Auch Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 6. März 2017, die Beschwerdeführerin habe bei der Begrüssung im Wartezimmer den Kopf spontan zirka 70° nach links gedreht, bei der Untersuchung jedoch eine Rotation über 45° vermieden und bereits auf leichte Berührung mit Schmerzangaben reagiert (Urk. 3/3 S. 5 oben). Dass sich aus keinem anderen Bericht Hinweise auf eine Schmerzverdeutlichung ergeben würde, ist demnach unzutreffend.

Zusammenfassend erfüllt das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich und es ist gestützt darauf davon auszugehen, dass nach dem Unfall vom 21. November 2016 der Endzustand Ende August 2017 erreicht war. Entsprechend ist die von der Beschwerdegegnerin per 29. August 2017 vorgenommene Adäquanzprüfung gemäss der Schleudertrauma-Praxis nicht zu beanstanden. 6. 6.1

Im Hinblick auf die Prüfung der Adäquanz ist zunächst der Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren, welche sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt (vgl. vorstehend E. 2.4). Gemäss der Aussage des Unfallverursachers im Polizeirapport vom 27. November 2016 fuhr er am 21. November 2016 mit einer Geschwindigkeit von zirka 40 km/h hinter dem Auto der Beschwerdeführerin und leitete sofort eine Vollbremsung ein, als er bemerkte, dass dieses vor dem Lichtsignal abbremste. Er konnte jedoch nicht mehr rechtzeitig anhalten und fuhr in das Auto hinein (Urk. 8/G11 S. 3 oben). Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass es sich bei diesem Unfallereignis um einen Unfall mittleren Schweregrades im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt (Urk. 2 S. 5 lit. C.c). Diese Einteilung wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten (vgl. vorstehend E. 3.2) und ist auch nicht zu beanstanden. Damit wäre die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges nur dann zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1 mit Hinweisen ; vgl. auch vorstehend E. 2.4 ). 6.2

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist dabei, dass jedem mindestens mittelschweren

Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der Unfall ereignete sich beim Abbremsen vor einem Lichtsignal, es handelt sich dem nach um einen Auffahrunfall ohne besondere dramatische Begleitumstände. Eine besondere Eindrücklichkeit kann darin nicht gesehen werden.

Die Beschwerdeführerin wurde am Unfalltag ambulant im Z. \_\_\_ behandelt und zunächst lediglich für eine Woche arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/M4 S. 1). Aus objektiver Sicht kann demnach nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der «fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung» betrifft, wurde die Beschwerdeführerin medikamentös behandelt, absolvierte Physiotherapie sowie eine Craniosacral-Therapie (vgl. Urk. 8/M4 S. 1, E. 4.2-3, E. 4.9). Insgesamt kann dies noch nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden.

Zum Kriterium der «erheblichen Beschwerden» ist festzuhalten, dass nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden adäquanzrelevant sein können (BGE 124 V 109 E. 10.2.4). Anlässlich der Untersuchung durch Dr. F. \_\_\_

im März 2017 führte die Beschwerdeführerin aus, die Schmerzen im rechten Arm hätten stark gebessert, intermittierend trete noch Schwindel auf und es bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit der HWS-Muskulatur. Der Druck im Kopf sei jedoch nur wenig besser geworden (E. 4.5). Auch Dr. D. \_\_\_ hielt am 6. Mai 2017 fest, die Schmerzen im Nackenbereich hätten sich gebessert, die Schwindelbeschwerden bestünden weniger, die Beweglichkeit der HWS sei nicht mehr eingeschränkt. Der Druck im Kopf bestehe jedoch weiter (E. 4.6). Insgesamt kann nicht von erheblichen Beschwerden ausgegangen werden.

Keine Hinweise ergeben sich sodann auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind ohne Weiteres zu verneinen.

Zu bejahen ist einzig das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgiebiger Anstrengungen, nachdem die Beschwerdeführerin Mitte März 2017 einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 20 % startete (E. 4.6), welcher jedoch wieder abgebrochen werden musste (E. 4.8). Seit dem 30. Oktober 2017 arbeitet die Beschwerdeführerin wieder, anfänglich in einem Pensum von 40 % mit langsamer Steigerung. Erst seit dem 2. Mai 2018 ist sie wieder vollständig arbeitsfähig (E. 4.12).

### 6.3

Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien nur dasjenige der erheblichen Arbeitsunfähigkeit als erfüllt gelten kann. Da somit lediglich ein massgebendes Kriterium erfüllt ist, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise,

ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach wie vor bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 21. November 2016 zu verneinen und weitere Ausführungen zum natürlichen Kausalzusammenhang erübrigen sich (vgl. vorstehend E. 5.1). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin ihre Leistungen per 29. August 2017 eingestellt hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20. Dezember 2017 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann - Unfallversicherung Stadt Zürich - 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 dem 5. 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 Kübler-Zillig

## **E. 7**

Am 29. August 2017 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin sowie für Rheumatologie, untersucht. In seinem Konsiliarbericht vom 6. September 2017 (Urk. 8/M14) führte Dr. A. \_\_\_\_ aus, am 21. November 2016 habe die Beschwerdeführerin ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma erlitten (S. 1).

Die Untersuchung sei begleitet von Diskrepanzen und einer offensichtlichen, bewusstseinsnahen Schmerzverdeutlichung. Das spontane Bewegungsverhalten sei unbeobachtet nicht auffällig, beobachtet nehme die Beschwerdeführerin eine Steifhaltung des gesamten Achsenskeletts ein, ohne Mitbewegen der oberen Extremitäten und einer Rotation en block. Alle Aspekte und Beobachtungen würden auf ein nicht näher spezifizierbares Schmerzverhalten hindeuten, mit Diskrepanzen und Hinweisen für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung (S. 3).

Das Achsenskelett sei normal konfiguriert, segmental bestünde keine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Es gebe keine Hinweise für eine radikuläre oder eine Facettengelenks-Symptomatik. Der periphere Gelenksstatus sei an allen Ebenen unauffällig und ohne Funktionseinschränkung. Der Weichteiluntersuch sei unterschiedlich je nach Position bei der Untersuchung und in abgelenktem Zustand. Zusammenfassend bestehe eine beklagte Beschwerdesymptomatik mit einem vorgeführten Schmerzverhalten mit inkonstant reproduzierbaren Weichteilbefunden und begleitet von Diskrepanzen. Es habe sich offensichtlich ein komplexes Schmerzbild mit bewusstseinsnahen Anteilen entwickelt. Das Ereignis sei von moderaten unfallwirksamen Kräften begleitet gewesen, das CT der HWS vom 29. November 2016 bis auf eine Streckhaltung bei muskulären Dysbalancen un auffällig ausgefallen und der neurologische Untersuchung im Z. \_\_\_\_ ohne Hinweise für eine

neurologische Ausfallsymptomatik respektive somatische erklärbare Ursache für die beklagten Beschwerden. Der baldmöglichst berufliche Wiedereinstieg sei misslungen, indem die Beschwerdeführerin bei den Arbeitsversuchen angebe, wesentlich mehr Beschwerden bekommen zu haben und deshalb die Arbeit einstellen müssen. All diese Aspekte und Faktoren berücksichtigend beurteile er neun Monate nach einem nicht richtunggebenden Ereignis eine noch mögliche Unfallkausalität für alle beschriebenen Beschwerden, die er nicht mit einem moderaten HWS-Distorsionstrauma erklären könne. Eine Com motio cerebri habe gefehlt (S. 4).

Er erachte eine stationäre multimodale Behandlung als sinnvoll. Unfallbedingt könne er keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Er finde kein somatisches Korrelat, das unfallbedingt erklärbar und damit verbunden eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen wäre. Die Beschwerdeführerin habe mehrfach betont, dass sie alle Beschwerden erst nach dem Unfallereignis bekommen habe, für sie sei das Unfallereignis massgeblich. Dem müsse er widersprechen. Die diffuse nicht spezifizierbare Symptomatik ohne somatisches Korrelat könne er durch das Unfallereignis nicht erklären. Unfallbedingt sei der Endzustand erreicht. Besserungen würden verneint, weder therapeutisch noch medikamentös, ausser einer Abnahme der Schwindelsymptomatik und Fehlen der Übelkeit. Entsprechend dem erreichten Endzustand seien keine weiteren Massnahmen oder Behandlungen begründbar (S. 5). 4.

#### **E. 8**

In seinem Bericht vom 19. Oktober 2017 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, es durch einen Fachartikel bekannt, dass nach Beschleunigungstraumata lange chronische Beschwerden bestünden, auch bei fehlenden objektiven Befunden. Der Versuch einer Arbeitsintegration habe nach einem Arbeitsversuch ab 20. März 2017 mit leichter Belastung abgebrochen werden müssen. Die Beschwerdeführerin habe einen vom Putzwagen rutschenden Eimer zurückschieben wollen, dies habe zu einer akuten starken Beschwerdezunahme geführt. Wegen einer Diskrepanz zwischen Untersuchungsbefunden und geäusserten Beschwerden werde ihr eine Aggravation unterstellt. Er könne dies nach einer Beobachtung von elf Monaten nicht nachvollziehen. Es bestünden auch keine depressive Phase oder psychosoziale Belastungssituationen, welche die aktuellen Symptome verursachten. Seit dem 6. Oktober 2017 sei die Beschwerdeführerin in einem Arbeitsversuch beschäftigt, anfänglich zwei Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche, aktuell gesteigert auf drei Stunden täglich. Sie sei gut motiviert für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess und kooperiere sehr gut. Er erachte den chronischen Verlauf nicht als aussergewöhnlich (Urk. 3/4). 4.

#### **E. 9**

In ihrem Bericht vom 23. Oktober 2017 (Urk. 3/6) führte G.\_\_\_\_, dipl.

CranioSacral-Therapeutin, aus, am 29. Mai 2017 sei die Beschwerdeführerin erst mals zur Behandlung gekommen, bisher hätten 13 Sitzungen stattgefunden. Zu Beginn der Behandlung sei es fast unmöglich gewesen, an ihrem Kopf zu arbeiten. Die ganze rechte Schulter-Nacken-Halswirbelsäulen-Seite habe sich nur allmählich gelockert, manchmal habe es wieder neu blockiert (S. 1). Ab September 2017 habe es eine deutliche Besserung der Beschwerden gegeben, die Beschwerdeführerin habe sich in ihrem Körper beweglicher gefühlt. Sie habe praktisch keinen Schwindel mehr und deutlich weniger Blockaden. Der Druck im Kopf über der rechten Nackenseite mit Ausstrahlung über den rechten Hinterkopf

sei noch da, eine Seitenneigung des Kopfes und Rotation nach rechts sei immer noch praktisch unmöglich. Sie empfehle, unbedingt mit der Craniosacral -Therapie weiterzumachen (S. 2). 4.

#### **E. 10**

Am 8. November 2017 wurde die Beschwerdeführerin erneut im Auftrag der zu ständigen Vorsorgeeinrichtung untersucht. In ihrem Bericht vom 9. November 2017 (Urk. 3/7) nannte Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen (S. 2 lit . A.1): - zervikospondylogenes Syndrom rechts bei - Status nach HWS-Distorsion am 21. November 2016 durch Autounfall - konventionelles Röntgen 21. November 2016 und CT nativ der HWS 29. November 2016: Ausschluss von Traumafolgen ; keine Hinweise auf neuroforaminale

Engnis - neurologisches Konsilium am 7. Februar 2017: keine neurologischen pathologischen Befunde

Insgesamt scheine sich die Situation seit den Vorbeurteilungen massiv verbessert zu haben. Die Beschwerdeführerin berichte, es gehe ihr sehr viel besser, sie könne in der Nacht viel besser schlafen und werde ab 10. November 2017 mit einem 60 %-Pensum in angepasster Tätigkeit beginnen. Sie sei zwar nach wie vor nicht beschwerdefrei, es gehe jedoch an der Arbeit gut (S. 3 lit . A.3.1). Zum aktuellen Zeitpunkt könne von einer guten Prognose ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin steigere die Arbeitsfähigkeit in regelmässigen Abständen. In den bild gebenden Abklärungen und in der klinischen Untersuchung fänden sich keine Pathologien, die Beschwerdeführerin sei optimistisch und scheine motiviert (S. 5 lit . A.7.1). Bis zirka Anfang des Jahres 2018 sei die Beschwerdeführerin noch vollständig arbeitsunfähig (S. 7 lit . B.1). Eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei auf zirka März/April 2018 zu erwarten bei langsamer Steigerung in angepasster Tätigkeit und kontinuierlicher Steigerung in der angestammten Tätigkeit, sobald die Verweistätigkeit gut durchführbar sei (S. 8 lit . B.1). Leidensangepasste Tätigkeiten seien ab sofort in einem Pensum von 60 % zumutbar (S. 8 lit . B.2). 4.

#### **E. 11**

Mit Schreiben vom 30. Januar 2018 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, durch die gute Compliance der intensiven Therapien (Physiotherapie, Craniosacral -Therapie) habe die Arbeitsfähigkeit ab 6. Oktober 2017 sukzessive auf 70 % gesteigert werden können. Es sei mit einer weiteren Zunahme der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 3/10). 4.

#### **E. 12**

Am 17. Mai 2018 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, vom 30. Oktober bis 8. November 2017 sei die Beschwerdeführerin zu 60 % arbeitsunfähig gewesen, vom 9. November bis 31. Dezember 2017 zu 40 %. Vom 1. Januar bis 31. März 2018 sei die Beschwerdeführerin 30 % arbeitsunfähig gewesen, vom 1. bis 15. April 2018 20 % und vom 16. April bis 1. Mai 2018 noch zu 10 %. Seit dem 2. Mai 2018 sei sie wieder vollständig arbeitsfähig (Urk. 14/1). 5.

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