

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00117 vom 29. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00117](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00117)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00117 du 29 février 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00117 del 29 febbraio 2020

## Erwägungen

### E. 1

Die 1952 geborene X.\_\_\_\_ war als Haushaltsangestellte in einem 100%-Pensum tätig und bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG obligatorisch gegen die Folgen Unfällen versichert, als sie am 17. Januar 2013 als Beifahrerin einen Verkehrsunfall erlitt. Gemäss der Beurteilung der erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ zog sie sich dabei eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Grad II (Urk. 10/3/ZM1), eine Schulterkontusion links, eine Thoraxkontusion links, ein stumpfes Abdominaltrauma, eine Distorsion der Brustwirbelsäule (BWS) und – wie eine am 13. Februar 2013 durchgeführte erneute Bildgebung zeigte – gering dislozierte Rippenfrakturen der 1. bis 10. Rippe links sowie eine minimal dislozierte Fraktur des Manubrium

sterni zu (Urk. 10/3/ZM3 und Urk. 10/3/ZM4). Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Das Arbeitsverhältnis der Versicherten wurde von Seiten des Arbeitgebers per 31. Dezember 2013 mit Schreiben vom 19. November 2013 aufgelöst (Urk. 10/1/Z86). In der Folge liess die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG die Versicherte bei der Z.\_\_\_\_ interdisziplinär (Orthopädie/Rheumatologie/Neurologie/Psychiatrie) begutachten (Expertise vom 26. Juni 2015, Urk. 10/3/ZM73). Mit Verfügung vom 29. September 2015 stellte sie die Leistungen für Heilbehandlungen und Taggelder per 17. Januar 2014 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Leistungen (Urk. 10/1/Z205). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 27. Oktober 2015 Einsprache und beantragte unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung (Urk. 10/1/Z225/1). Im Rahmen des Einspracheverfahrens tätigte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG weitere medizinische Abklärungen. Am 10. März 2016 teilte sie der Versicherten mit, dass eine erneute orthopädische Begutachtung erforderlich sei, da der orthopädische Gutachter in der Expertise vom 26. Juni 2015 die fehlende Unfallkausalität mit dem Unfallmechanismus begründet habe, jedoch von einem falschen Unfallmechanismus (reine Frontalkollision statt [wie stattgefunden] leicht seitliche Frontalkollision und im Anschluss daran noch Seitenkollision) ausgegangen sei. Als Gutachter wurde Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates, vorgeschlagen (Urk. 10/2/Z261). In ihrer Stellungnahme vom 12. April 2016 hielt die Versicherte an ihrem Antrag, eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen, fest und verlangte diesbezüglich den Erlass einer Zwischenverfügung (Urk. 10/2/Z266/1). Mit Zwischenverfügung vom 9. Mai 2016 ordnete die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG ein monodisziplinäres Gutachten in der Disziplin Orthopädische Chirurgie bei Dr. A.\_\_\_\_ an (Urk. 10/2/Z276). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 8. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, die Zwischenverfügung vom 9. Mai 2016 sei aufzuheben, das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Juni 2015 sei

vollständig aus dem Recht zu weisen und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine neue medizinische polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen (Urk. 10/2/Z283). Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hielt eine erneute polydisziplinäre Begutachtung nicht für erforderlich und wies die Beschwerde mit Urteil vom 7. November 2016 ab (Urk. 10/2/Z293). Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 3. März 2017 nicht ein (Urk. 10/2/Z301). Am 24. Oktober 2017 wurde die orthopädische Begutachtung bei Dr. A. \_\_\_ durchgeführt. Das Gutachten wurde am 11. November 2017 erstattet (Urk. 10/3/ZM91). Am 15. Januar 2018 nahm die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. A. \_\_\_ Stellung und reichte weitere Unterlagen, darunter die Berichte von Dr. med. B. \_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 8. und 23. Mai 2012 ein (Urk. 10/2/Z351/1 und Urk. 10/2/Z351/13-14). Die Zürich Versicherungsgesellschaft AG holte daraufhin den Bericht von Dr. med. C. \_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 19. Januar 2018 (Urk. 10/3/ZM94) sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr. A. \_\_\_ vom 18. Februar 2018 (Urk. 10/3/ZM95) ein. Mit Entscheidung vom 17. April 2018 wies die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG die Einsprache der Versicherten vom 27. Oktober 2015 (Urk. 10/1/Z225/1) ab (Urk. 10/2/Z363 = Urk.2).

### **E. 1.1**

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

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 17. Januar 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 blossе 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. 1.2.2**

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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blossе 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 Leistungsbe gründender 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 massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und

Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 1.2.3**

Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts 8C\_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen).

### **E. 1.2.4**

Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts kann nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgie und Lumboschmerzen nach drei bis vier Monaten erwartet werden.

Bei einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorgeschädigten Wirbelsäule wird angenommen, dass diese in der Regel nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen von erheblichen degenerativen Veränderungen spätestens nach einem Jahr abgeklungen ist (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.3 und E. 3.4, 8C\_834/2018 vom 19. März 2019 E. 3.3, je mit Hinweisen). Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung müsste bildgebend ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3.1**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E.

5a).

### **E. 1.3.2**

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E.

5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_388/2019 vom 20. Dezember 2019 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.3.3**

Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augen fälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 ). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleuder trauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 (sogenannte Schleudertrauma-Praxis) präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa , sogenannte Psychopraxis) anzuwenden ( BGE 140 V 356 E. 3.2, 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E.

### **E. 1.3.4**

Die Kriterien der Schleudertrauma-Praxis sind die folgenden: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner 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 Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a).

### **E. 1.4**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 18. Mai 2018 Beschwerde und beantragte hauptsächlich, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben, es sei das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vollständig aus dem Recht zu weisen und es sei ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Eventualiter sei die Sache mit der Auflage, ein neues interdisziplinäres Gutachten einzuholen, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin

mit Verfügung vom 17. August 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 11). Mit Eingabe vom 18. November 2019 zog die Beschwerdeführerin ihren beschwerdeweise gestellten Antrag um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück (Urk. 12).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, dem Z.\_\_\_\_-Gutachten sei bezüglich der HWS- und der psychischen Beschwerden und dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ bezüglich der Schulterbeschwerden voller Beweiswert beizumessen. Ge stützt darauf seien die Leistungen mangels weiterandauernder natürlicher Kausalität zu Recht per 17. Januar 2014 eingestellt worden. Für eine weitere Leistungspflicht fehle es jedoch auch an der zusätzlich erforderlichen adäquaten Kausalität (Urk. 2 S. 3 ff.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die richtige Feststellung des rechtsmassgebenden Unfallmechanismus sei eine zentrale Tatfrage und sei nicht nur für die Beurteilung der Schulterbeschwerden zentral wichtig, sondern für alle aus dem Unfallereignis sich ergebenden somatischen und psychischen Beschwerden. Von den medizinischen Sachverständigen der Z.\_\_\_\_ sei der rechts relevante medizinische Sachverhalt in diverser Hinsicht nicht schlüssig und nachvollziehbar festgestellt worden. Alleine gestützt auf die Ausführungen des orthopädischen Gutachters Dr. A.\_\_\_\_ könne der natürliche Kausalzusammenhang nicht per 17. Januar 2014 als beendet erachtet werden. Es werde bestritten, dass im vorliegenden Fall keine weiteren organischen Unfallfolgen mehr bildgebend nachgewiesen werden könnten. Entgegen der Einstufung der Beschwerdegegnerin liege ein schwerer Unfall vor, weshalb eine Adäquanzprüfung eigentlich entfalle. Falls jedoch von einem mittleren Unfall auszugehen wäre, seien mindestens fünf Adäquanzkriterien erfüllt (Urk. 1 S. 8 ff.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 17. Januar 2014 eingestellt hat beziehungsweise, ob diese Frage gestützt auf die vorliegenden Akten überhaupt beurteilt werden kann.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Im Austrittsbericht des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 betreffend die Hospitalisation vom 17. bis 20. Januar 2013 wurde die folgende Diagnose genannt (Urk. 10/3/ZM3): Mehrfachverletzung vom 17. Januar 2013 mit - Schulterkontusion links - Thoraxkontusion links - stumpfes Abdominaltrauma - BWS-Distorsion

Das Polytrauma-CT vom 17. Januar 2013 ergab keine posttraumatischen Veränderungen, keine intrazerebrale Blutung, keinen Pneumothorax, keine freie intraabdominelle Flüssigkeit, keine Fraktur und eine unauffällige und altersentsprechende Darstellung der Wirbelsäule. Nach telefonischer Rückfrage der Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. C.\_\_\_\_, erfolgte am 13. Februar 2013 eine erneute Bildbeurteilung, welche zusätzlich zum beschriebenen Befund gering dislozierte laterale Rippenfrakturen der ersten bis

zehnten Rippe links und eine minimal dislozierte Fraktur des Manubrium

sterni mit retrosternalem/ prävaskulärem Hämatom ergab (Urk. 10/3/ZM4 und Urk. 10/3/ZM94 S. 1).

### **E. 3.2**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 4. September 2013 zuhanden der Beschwerdeführerin die folgenden Diagnosen: - Chronisches therapieresistentes cervico - bis thoracovertebral-costogenes Schmerzsyndrom sowie der linken Schulter bei Status nach Autounfall am 17. Januar 2013 - Status nach Rippenserienfrakturen der ersten bis zehnten Rippe links und Fraktur des Manubrium

sterni mit retrosternalem Hämatom

Sie hielt fest, die Beschwerdeführerin habe noch immer starke Schmerzen im Bereich der linken Schulter mit Kraftverlust sowie Bewegungseinschränkung (Urk. 10/3/ZM29).

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. E.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 28. Januar 2014 zuhanden der Beschwerdeführerin die Diagnose einer Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion F43.20, aktuell remittiert (Urk. 10/3/ZM48).

### **E. 3.4**

Im Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 10/3/ZM73 S. 35): - Chronisches therapieresistentes Schulterschmerzsyndrom links mit/bei - Status nach Autounfall mit Frontalkollision am 17.01.2013 mit Mehrfachverletzung: - gering dislozierte laterale Rippenfrakturen 1-10 links und minimal dislozierte Fraktur des Manubriums

sterni mit retrosternalem/prävaskulärem Hämatom (Polytrauma CT 17.01.2013), inzwischen vollständig ausgeheilt - Periarthropathia

humeroscapularis links mit - gelenkseitiger Partialruptur der hinteren Supraspinatussehne und vorderen Infrapinatussehne mit leichter Atrophie beider Muskeln ( Arthro -MRI 05.09.2013) - Tendinopathie der langen Bizepssehne im Rotatorenmanschetten -Intervall ( Arthro -MRI 05.09.2013) - Linienförmigem superiorem Labrumriss (SLAP-Läsion, Arthro -MRI 05.09.2013) - osteodiskale

Forameneinengungen C6/7 beidseits mit deutlichem Kontakt und möglicher Reizung der Nervenwurzel C7 beidseits (MRI HWS vom 26.04.2013) - arterielle Hypertonie - substituierte Hypothyreose - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Es wurde ausgeführt, gemäss dem Bericht der chirurgischen Klinik des Kantons spitals Y.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 betreffend die Hospitalisation vom 17. bis 20. Januar 2013 und dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 1. Februar 2013 hätten keine Bewusstseinsstörung und keine amnestische Lücke bestanden. Der Kopfanprall werde am Airbag dokumentiert. Auf Symptomebene sei eine Angst- bzw. Schreckreaktion dokumentiert, darüber hinaus Übelkeit ohne Erbrechen und kein Schwindel, keine Seh- oder Hörstörung oder sonstige Symptome. Dem Befund lasse sich entnehmen, dass die Glasgow Coma Score (GCS) 15 (normal) und die Beschwerdeführerin voll orientiert gewesen sei. Neurologisch seien keine pathologischen Zeichen nachgewiesen worden. Während dem im Dokumentationsbogen für

Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad II gestellt worden sei, sei dem Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 17. bis 20. Januar 2013 als Diagnose eine Mehrfachverletzung vom 17. Januar 2013 mit Schulterkontusion links, Thoraxkontusion links, stumpfes Abdominaltrauma, BWS-Distorsion zu entnehmen. Als Nebendiagnosen seien arterielle Hypertonie und Hyperthyreose aufgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei aus der stationären Behandlung nach analgetischer Behandlung und bei regredienten Schmerzen, je doch nicht beschwerdefrei nach Hause entlassen worden. Es sei auf keine psychischen Auffälligkeiten hingewiesen worden. Die radiologische Beurteilung sei am 26. April 2013 insofern revidiert worden, als – im Gegensatz zum Bericht vom 13. Februar 2013 – gering dislozierte laterale Rippenfrakturen 1-10 links und eine minimal dislozierte Fraktur des Manubrium

sterni beschrieben worden sei. Gleichzeitig seien im MRI der Halswirbelsäule vom 26. April 2013 eine osteodiskale

Foramen -Einengung C6/7 beidseits mit deutlichem Kontakt und möglicher Reizung der Nervenwurzel C7 beidseits und darüber hinaus (Sonographie der Schultern vom 16. April 2013) eine Periarthropathia

humero

scapularis

tendopathica mit Erguss um die lange Bizepssehne radiologisch nachgewiesen worden. Im Vordergrund der Beschwerden hätten sowohl bei der initialen Hospitalisation als auch bei der Hospitalisation in der Rheumaklinik des Kantonsspitals Y. \_\_\_ vom 15. April bis 3. Mai 2013 die thorakalen Beschwerden und insbesondere bei der Rehabilitation in der Rehaklinik F. \_\_\_ die Schulterschmerzen links gestanden. Der Dokumentation sei zu entnehmen, dass die thorakalen Beschwerden links kontinuierlich gebessert hätten, während die Schulterschmerzen links persistiert hätten. Aus Sicht der beteiligten Experten könne zusammengefasst werden, dass die osteodiskalen

Forameneinengungen C6/7 beidseits mit deutlichem Kontakt und möglicher Reizung der Nervenwurzel C7 beidseits, objektiviert mit dem magnetresonanztomografischen Befund (MRI der HWS vom 26. April 2013), beim Unfall vom 17. Januar 2013 nicht symptomatisch geworden seien. Die weiteren Abklärungen hätten sich auf die Beschwerden der linken Schulter konzentriert. Es seien in diesem Zusammenhang gemäss Bericht vom 14. August 2013 der Orthopädie des Kantonsspitals Y. \_\_\_ eine reaktive Adhäsive Capsulitis der linken Schulter und ein Verdacht auf eine degenerative Rotatorenmanschettenläsion sowie eine AC-Gelenksarthrose und Tendinitis der langen Bizepssehne erwogen bzw. diagnostiziert worden. Im Arthro-MRI der linken Schulter vom 5. September 2013 seien die gelenkseitige Partialruptur der hinteren Supraspinatussehne und der vorderen Infraspinatussehne mit leichter Atrophie beider Muskeln sowie Tendinopathie der langen Bizepssehne im Rotatorenmanschetten-Intervall und darüber hinaus ein linienförmiger superiorer Labrumriss festgehalten worden. Diese als degenerativ bezeichneten Pathologien hätten gemäss Bericht vom 20. September 2013 der orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Y. \_\_\_ die Beschwerden nicht ausreichend erklären können. Es sei eine Somatisierungstendenz ausdrücklich hervorgehoben worden. Die wegen der Beschwerden der linken Schulter eingeleiteten Abklärungen hätten gemäss Bericht vom 13. Januar 2014 des Schmerzzentrums des Kantonsspitals Y. \_\_\_ einen im

Vordergrund stehenden Schmerz in der linken Thoraxwand ventral und dorsalseitig ( Scapulabereich ) mit Triggerpunkten im M. pectoralis major und M. infraspinatus und darüber hinaus eine deutliche Verkürzung des M. pectoralis major ergeben. Im Rahmen der eingeleiteten Abklärungen seien die Schmerzen verdachtsweise als neuropathische Schmerzen bezeichnet worden. Die empfohlenen Behandlungen, mitunter mit Opioiden, habe die Beschwerdeführerin gemäss Dokumentation abgelehnt. Eine psychotherapeutische Behandlung sei offenbar nach wenigen Konsultationen aufgrund der erreichten Besserung bzw. Stabilisierung beendet worden und im weiteren Verlauf habe anscheinend keine Notwendigkeit für weitere Behandlungen bestanden. Die Abklärungen der schliesslich als chronisch-persistierendes myofasiales Schmerzbild der linken Schulter dokumentierten Beschwerden (Bericht der Klinik G. \_\_\_ vom 13. August 2014 ) hätten nicht einem organischen Substrat zugeordnet werden können (Urk. 10/3/ZM73 S. 28 ff.).

Aus rheumatologischer Sicht seien die Beschwerden im Bereich des Schulterblattes aber auch in der angrenzenden Thoraxwand übereinstimmend mit dem orthopädischen Experten bzw. gestützt auf den Konsens aller Experten teilweise durch die ungünstige muskuläre Kompensation zu erklären. Dazu trage auch die nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Januar 2013 stehende langgezogene linkskonvexe Skoliose mit entsprechender vermehrter muskulärer Belastung bei. Eine im Verlauf postulierte adhäsive Kapsulitis könne aktuell nicht festgestellt werden. Typisch hierfür wäre insbesondere die Einschränkung in der Aussenrotation und in zweiter Linie in der Abduktion, was nicht habe nachgewiesen werden können (Urk. 10/3/ZM73 S. 32 f.).

Aus orthopädischer Sicht hätten schon initial schwere Verletzungen der HWS und der Schulter mittels CT und später mittels MRI der Halswirbelsäule vom 26. April 2013 sowie Arthro-MRI der linken Schulter vom 5. September 2013 ausgeschlossen werden können. Die residuellen Beschwerden hätten sich chronifiziert. Sowohl anamnestisch wie auch aus den Akten sei ein unverändertes subjektives Krankheitsbild seit Monaten vorhanden. Es bestehe eine klare Diskrepanz zwischen dem subjektiven Leidensdruck und den objektivierbaren Befunden. Die Diskrepanz werde unter anderem durch die Tatsache erhärtet, dass bei der Beschwerdeführerin keine objektiven schweren funktionellen Einschränkungen der Schulter links hätten erkannt werden können. Zu erwähnen sei zudem der vernachlässigbare kleine Unterschied der Trochik der Oberarmmuskulatur beim Umfang, der links 1 cm geringer sei als rechts. Dies könne allein durch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Rechtshänderin sei, genügend erklärt werden. Auch die angegebenen Thoraxbeschwerden könnten orthopädisch nicht ausreichend erklärt werden. Es lägen keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Pseudoarthrose vor. Aus orthopädischer Sicht könnten die Beschwerden nur durch unspezifische posttraumatische Myalgien erklärt werden. Da keine schweren Defizite somatischer Art am Bewegungsapparat

erkennbar seien, sei auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen (Urk. 10/3/ZM73 S. 33 f.)

Aus neurologischer Sicht sei die lange Persistenz der nach dem Unfall vom 17. Januar 2013 aufgetretenen Schmerzen im Bereich des Thorax nicht gut zu erklären. Anamnestisch und auch klinisch-neurologisch fänden sich keine Hinweise für eine relevante Schädigung zentraler oder peripherer Nervenstrukturen. Insbesondere fänden sich keine Zeichen einer Interocostalnervenläsion oder eines neuropathischen Schmerzsyndroms. Auch im Bereich der Hirnnerven sowie der Extremitäten fänden sich durchwegs Normalbefunde,

insbesondere auch keine Hinweise für ein zervikoradikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Die Arbeitsfähigkeit in der ange stammten und auch in einer angepassten Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht beeinträchtigt (Urk. 10/3/ZM73 S. 34).

Aus psychiatrischer Sicht sei darauf hinzuweisen, dass weder im akuten noch im chronischen Verlauf noch anhand der aktuell erhobenen Anamnese noch bezogen auf den aktuellen Psychostatus eine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert werden könne. Bei der vorliegenden Dokumentation, wonach das vor herr schende Symptom ein andauernder schwerer (und allenfalls subjektiv quälender) Schmerz darstelle, welcher nicht durch einen physiologischen Prozess oder eine strukturelle Pathologie erklärt werden könne, müsse eine somatoforme Schmerz störung erwogen werden . Was vor dem Hintergrund der ICD-10 Kriterien dagegen spreche, sei die Verneinung von emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen. Hierüber sei allerdings zu erwähnen, dass in der Untersuchung der Eindruck entstanden sei, dass die Erfassung dieser Faktoren (insbesondere der emotionalen Konflikte) nicht optimal habe gelingen können, weil die Beschwerdeführerin (gemäss Eindruck des Untersuchers) die mögliche Bedeutung dieses Aspektes nicht richtig habe erfassen können (Urk. 10/3/ZM73 S. 35).

Zu den konkreten Fragen der Beschwerdegegnerin betreffend den Kausalzusammenhang hielten die Gutachter der Z.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, dass die zurzeit noch vorhandenen bzw. subjektiv geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 17. Januar 2013 als alleinige oder als Teilursache zurückzuführen seien. Gemäss der verfügbaren Dokumentation bezüglich der Beschwerden, die durch den Unfall vom 17. Januar 2013 ausgelöst worden seien (das heisse betreffend das thorakovertebrale , costogene Schmerz syndrom links), sei der Status quo ante ca. vier Monate nach dem Unfall eingetreten. Rein aufgrund der Unfallfolgen sei keine angepasste Tätigkeit notwendig. Unter Berücksichtigung der subjektiven Klagen sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 10/3/ZM73 S. 37ff.).

### **E. 3.5**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem nicht datierten Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin (dort eingegangen am 30. Mai 2016) die folgenden psychiatrischen Diagnosen (Urk. 10/3/ZM85): - leichtgradige depressive Störung - posttraumatische Belastungsstörung. Kriterien teilweise erfüllt - anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei St. n. Autounfall mit Frontalkollision am 17. Januar 2013

### **E. 3.6**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms bei Status nach Rippenserienfrakturen 2-10 links und Fraktur des Manubrium

sterni am 17. Januar 2016 (richtig: 2013). Sie hielt fest, dass sich seit ihrem letzten Verlaufsbericht im Februar 2016 am Zustand der Beschwerdeführerin bezüglich der Beschwerden subjektiv nichts verändert habe. Im Mai 2016 habe sie eine MR-Untersuchung der Hals- und Brustwirbelsäule veranlasst. Die Beurteilung habe unveränderte Befunde im Vergleich zum MRI vom 18. Februar 2014 ergeben. Eine Überprüfung der Situation durch die Neurochirurgie habe eine chronifizierte Schmerzsymptomatik ergeben. Es bestehe nach wie vor ein therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom ohne Besserung trotz intensiver therapeutischer Bemühungen, Schmerztherapie und Psychotherapie, Akkupunktur, Hydrotherapie und Physiotherapie

(Urk. 10/3 ZM88).

### **E. 3.7**

Im orthopädischen Gutachten vom 11. November 2017 stellte Dr. A. \_\_\_ die folgende Diagnose (Urk. 10/3/ZM91 S. 17):

Cervicothorakobrachialgie links mit/bei - Rippenserienfraktur 1-10 links, Konsolidation in achsgerechter Stellung - Fraktur Manubrium Sterni, Konsolidation in achsgerechter Stellung - BWS Distorsion mit/bei - Linkskonvexer Kyphoskoliose - Discusdegeneration Th 7/8; Th 11/12 - HWS Distorsion II mit/bei - Osteodiscaler foraminaler Einengung C6/7 - Schulterkontusion mit/bei - nichtperforierender Supraspinatus- und Infraspinatusläsion und Tendinopathie der LBS - möglicher SLAP Läsion - möglicher adhäsiver Capsulitis - AC Arthrose - Verdacht auf chronische Schmerzstörung

Dr. A. \_\_\_ führte aus, es bestehe bei der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Schmerzproblematik der linken Schulter und des Nackens und der linken Thoraxhälfte, welche sich über vier Jahre einer abschliessenden strukturellen Erklärung entziehe. Gut nachvollziehbar und bildgebend nachgewiesen sei eine im Rahmen des Unfallereignisses entstandene Rippenserienfraktur der ersten bis zehnten Rippe links in der vorderen Axillarlinie, welche die erhebliche Krafteinwirkung im Rahmen des Unfallereignisses auf die linke Körperhälfte ebenso dokumentiere wie die Fraktur des Manubrium

sterne. In diesem Rahmen sei es durchaus nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin auch die im Austrittsbericht des Kantonsspitals Y. \_\_\_ vom 28. Januar 2013 beschriebene Schulterkontusion erlitten habe. Die Argumentation im Gutachten Z. \_\_\_, wonach durch das Gurt- und Airbaigsystem sowie fehlende harte Flächen keine Schulterkontusion stattfinden können, erscheine nicht plausibel. Es würde unter diesem Gesichtspunkt nicht erklärlich sein, wieso es zu den in unmittelbarer Nachbarschaft befindlichen und ebenfalls durch direkte Krafteinwirkung entstandenen Rippenfrakturen gekommen sei. Insbesondere seien die ersten beiden Rippen durch den Schultergürtel gedeckt, so dass eine Fraktur der selben kaum ohne Anprall an der Schulter zu erwarten sei. Durch die zu postulierende erhebliche Krafteinwirkung sei auch die im Austrittsbericht dokumentierte BWS-Distorsion nachvollziehbar. Die initial nicht diagnostizierten Rippenfrakturen wie auch die BWS-Distorsion erklärten für die Zeit der Frakturheilung die unter nicht opioider Therapie im Verlaufe der Hospitalisation vom 17. bis 20. Januar 2013 abklingenden Schmerzen, wie sie auch in den Krankengeschichteneinträgen von Dr. C. \_\_\_ vom 23. und 30. Januar sowie vom 13. Februar 2013 beschrieben worden seien. Danach weiterhin bestehende Beschwerden könnten hingegen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Rippenfrakturen per se zurückgeführt werden. Die Meinung des Gutachtens Z. \_\_\_, wonach eine Heilung der Rippenfrakturen anzunehmen sei, habe im Rahmen der Röntgenthoraxuntersuchung vom 23. Februar 2017 gestützt werden können (Urk. 10/3/ZM91 S. 17-18).

Ebenso nachvollziehbar habe die Beschwerdeführerin im Rahmen des Unfallereignisses eine Distorsion der BWS erlitten. Diese habe jedoch keinen nachweislichen strukturellen Schaden hinterlassen. Die initiale Computertomografie habe keine knöcherne Schädigung und insbesondere auch keine Blutung oder Schwellung der paravertebralen Weichteile gezeigt. Auch in der Magnetresonanztomografie vom 18. Februar 2014 seien gemäss Radiologie keine unfallbedingten strukturellen Schäden festgestellt worden, was sich mit der eigenen Beurteilung decke. Die nachweisbaren Bandscheibendehydratationen und

Discusprotrusionen seien altersentsprechende Veränderungen und nur von unsicherem Krankheitswert. Die sowohl klinisch wie auch in der Magnetresonanztomografie festzustellende leichte Kyphoskoliose entspreche einer in der Regel in der Adoleszenz entstehenden krankhaften Veränderung, welche in der vorliegenden Ausprägung muskuläre Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule und des Thorax begründen könne. Es sei davon auszugehen, dass die durch die BWS-Distorsion hervorgerufenen Beschwerden spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis abgeklungen seien (Urk. 10/3/ZM91 S. 18-19).

Aufgrund des Dokumentationsbogens für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Unfallereignisses auch eine HWS-Distorsion erlitten habe, welche nicht Eingang in die Diagnoseliste des Berichtes des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 gefunden habe und übereinstimmend mit dem Gutachten Z.\_\_\_\_ als HWS Distorsion Grad 2 nach den Quebec Kriterien zu klassifizieren sei. Die initiale Computertomografie, welche keine Schwellung der paravertebralen Weichteile gezeigt habe, habe eine frische strukturelle Gewebeschädigung der HWS unwahrscheinlich gemacht. Zudem könne davon ausgegangen werden, dass die in der Magnetresonanztomografie vom 26. April 2013 zur Darstellung gekommenen Schädigungen, welche sich in den folgenden Magnetresonanztomografien vom 5. Februar 2014 und 18. Mai 2016 im Wesentlichen unverändert präsentiert hätten, nicht mit dem Unfallereignis vom 17. Januar 2013 in Zusammenhang stünden, weil diese nicht in einem Zeitraum von drei Monaten entstehen könnten und deswegen vorbestehend sein müssten. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich auch die Beschwerden, welche durch die HWS-Distorsion hervorgerufen worden seien, bis spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis vollständig zurückgebildet hätten. Die hauptsächlich im Segment C6/7 lokalisierten degenerativen Schädigungen seien geeignet, die von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Gutachtens geklagten Beschwerden im Nacken zu erklären. Unsicher zu erklären vermöchten sie die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden in der linken Schulter und im Oberarm aufgrund der neurologischen Untersuchung im Rahmen des Gutachtens Z.\_\_\_\_ und derjenigen des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ vom 4. November 2016, welche beide keine neurologischen Schädigungen nachzuweisen vermocht hätten (Urk. 10/3/ZM91 S. 19).

Im Widerspruch zum Gutachten der Z.\_\_\_\_ sei anzuerkennen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Unfallereignisses eine Schulterkontusion links erlitten habe. Es sei auch davon auszugehen, dass aufgrund der gleichseitig erlittenen Rippenfrakturen dabei eine erhebliche Gewalteinwirkung auf die linke Schulter stattgefunden habe. Ausser der Diagnose der Schulterkontusion fänden sich in den Akten keine Angaben zu den von der Beschwerdeführerin initial geklagten Beschwerden oder zu klinischen Befunden am linken Schultergelenk. Als einzige Dokumentation des initialen strukturellen Zustandes der linken Schulter liege die Computertomografie vom 17. Januar 2013 vor. Aufgrund dieser könnten am linksseitigen Schultergürtel unfallbedingte knöcherne Schädigungen, eine Dislokation des AC- und des Glenohumeralgelenkes wie auch Blutungen oder Schwellungen ausgeschlossen werden. Ebenso könne aufgrund der sichtbaren Lage des Armes in Elevation bei der computertomografischen Untersuchung eine erhebliche Bewegungseinschränkung der linken Schulter ausgeschlossen werden (Urk. 10/3/ZM91 S. 19-20). Zum Zeitpunkt des Sonografie-Berichtes vom 16. April 2013 habe keine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette festgestellt werden können, sondern allein ein Erguss um die lange Bicepssehne. Die im weiteren durchgeführte

Magnetresonanztomografie der Schulter habe jedoch gemäss Bericht vom 5. September 2013 eine im Intervall signalalterierte Bicepssehne gezeigt, was einer strukturellen Schädigung ohne Kontinuitätsunterbrechung und ohne Hinweis auf deren Kausalität entspreche. Es könne davon ausgegangen werden, dass bereits zum Zeitpunkt der Sonografie eine Schädigung der Sehne bestanden habe, weil es unwahrscheinlich sei, dass diese innerhalb von fünf Monaten entstehe. Aufgrund der fehlenden Kontinuitätsunterbrechung müsse die Schädigung als degenerativ gewertet werden und stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Die Magnetresonanztomografie zeige gemäss Bericht vom 5. September 2013 eine gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatus- und

Infraspinatussehne, ein Befund, welcher in der eigenen Beurteilung habe nachvollzogen werden können. Es sei anzuerkennen, dass Rupturen der Rotatorenmanschette in der Regel nur bei einer degenerativen Vorschädigung vorkämen, welche mit dem Alter zunehme. Es könne deswegen schwerfallen, unfallbedingte von rein krankhaften Rupturen oder solche, welche durch ein Unfallereignis wesentlich verschlimmert worden seien, abzugrenzen. Zur Beurteilung der Kausalität diene das Alter zum Zeitpunkt des Unfallereignisses, der Unfallmechanismus, allfällig vorbestehende, die initialen und die Beschwerden im Verlauf sowie verschiedene bildgebend nachweisbare strukturelle Schädigungen. Die Beschwerdeführerin sei im Zeitpunkt des Unfallereignisses 61-jährig gewesen. Aufgrund der Prävalenz erscheine es wahrscheinlich, dass sie bereits im Zeitpunkt des Unfallereignisses an einer nicht perforierenden Rotatorenmanschettenruptur gelitten habe. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine Kontusion, also ein direktes Anpralltrauma der Schulter erlitten habe. Die vorliegende Schulterkontusion schliesse eine unfallkausale Schädigung der Rotatorenmanschette nicht aus. Auch wenn die Beschwerdeführerin vorbestehende Schulterbeschwerden im Rahmen des Gutachtens verneine, so seien diese aufgrund eines Krankengeschichteneintrages von Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2012 aktenkundig. Die vorbestehenden Beschwerden liessen es wahrscheinlich erscheinen, dass die Schädigung der Rotatorenmanschette zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bereits vorhanden gewesen sei. Bildgebend habe im Rahmen der initialen Computertomografie keine Schwellung im Bereich der Rotatorenmanschette erkannt werden können, was zumindest eine erhebliche Schädigung mit Einblutung unwahrscheinlich mache. In der Magnetresonanztomografie stelle sich die gelenksseitige Schädigung am knöchernen Ansatz dar. Solche Schädigungen gälten eher als degenerativ, wohingegen unfallbedingte eher in der Sehnensubstanz entstehen würden. Aufgrund der Prävalenz von asymptomatischen Partialrupturen der Rotatorenmanschette im Alter der Beschwerdeführerin, der dokumentierten vorbestehenden behandlungsbedürftigen Beschwerden sowie des magnetresonanztomografischen Befundes könne die Schädigung der Rotatorenmanschette lediglich möglicherweise in Zusammenhang mit dem Unfallereignis gestellt werden. Aufgrund des fehlenden Ansprechens der Beschwerden auf die im Rahmen der Magnetresonanztomografie durchgeführten therapeutischen Infiltration erscheine es im Weiteren fraglich, inwie weit die Beschwerden an der Rotatorenmanschette wie auch alle anderen nachgewiesenen oder möglichen artikulärseitigen Pathologien die geklagten Beschwerden verursachten. Aufgrund der eingeschränkten Sensitivität und Spezifität und der eigenen Beurteilung der Magnetresonanztomografie vom 5. September 2013 erscheine es lediglich als möglich, dass im Falle der Beschwerdeführerin eine SLAP-Läsion bestehe. Nur unsicher lasse sich aufgrund der magnetresonanztomografischen Befunde vom 5. September 2013 auf eine adhäsive Capsulitis schliessen. Die klinischen

Befunde wie sie in den Akten dargestellt seien, sprächen für das Vorliegen einer abgelaufenen adhäsiven Capsulitis, die magnetresonanztomografischen Befunde könnten eine solche nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigen und der Effekt der intraartikulären Infiltration vom 5. September 2015 spreche ebenso dagegen wie die weder anfänglich noch zum Zeitpunkt des Gutachtens auf adäquate Therapie ansprechenden Schmerzen. In der Gesamtschau erscheine die Diagnose einer adhäsiven Capsulitis deswegen lediglich als möglich. Aufgrund der Befunde der initialen Computertomografie sei es sicher, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bereits an einer AC Arthrose gelitten habe, wie sie auch schon bei 90 % der asymptomatischen 40-Jährigen nachgewiesen werden könne und deswegen von unsicherem Krankheitswert sei. Eine unfallbedingte Verschlimmerung könne durch die Befunde der Magnetresonanztomografie vom 5. September 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, ebenso erscheine es fraglich aufgrund der erwähnten hohen Prävalenz von asymptomatischen Schädigungen und des inkonsistent bewerteten Effektes der im Bericht des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ erwähnten Infiltration des AC Gelenkes, inwieweit die Beschwerden dem AC Gelenk zugeordnet werden könnten. Ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereiche des Thorax und der BWS erscheine aufgrund des fehlenden Ansprechens auf adäquate Schmerztherapie sowie der diesbezüglich unauffälligen Befunde in den neurologischen und schmerztherapeutischen Berichten wenig wahrscheinlich. Dr. I.\_\_\_\_ habe nach mehr als vier Jahren als erster die Diagnose eines TOS (Thoracic outlet Syndrom) gestellt. Bei den neurologischen Untersuchungen der Z.\_\_\_\_ und des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_ wie auch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung hätten keine entsprechenden Befunde erhoben werden können. Zusammen mit den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden spreche dies gegen das Vorliegen eines TOS. Ein solches müsse als unwahrscheinlich bezeichnet werden. In verschiedenen Berichten seien Befunde beschrieben und Diagnosen gestellt worden, die alle unspezifischen muskulären Schmerzzuständen entsprächen. Da strukturelle unfallbedingte Schädigungen nicht nachweislich seien, könnten die beschriebenen muskulären Beschwerden auch nicht mit dem Unfallereignis in Zusammenhang gestellt werden (Urk. 10/3/ZM91 S.17-28).

In der Zusammenfassung seien die mit Sicherheit auf das Unfallereignis zurück zu führenden Frakturen der ersten bis zehnten Rippe, des Manubrium

sterni sowie die Distorsion der HWS und BWS spätestens nach sechs Monaten folgenlos ausgeheilt. Die erlittene Schulterkontusion habe nur möglicherweise eine Schädigung der Rotatorenmanschette, der Bicepssehne, des superioren Labrums und eine adhäsive Capsulitis zur Folge gehabt. Sie habe keine AC Arthrose bewirkt. Die Folgen der Schulterkontusion seien spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis folgenlos ausgeheilt. Die beschriebenen unspezifischen muskulären Schmerzzustände könnten nach Abheilen der vorerwähnten unfallbedingten Schäden nicht mehr in Zusammenhang mit dem Unfallereignis gestellt werden. Die von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden könnten orthopädisch nicht abschliessend geklärt werden. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen Inkonsistenzen und Inkongruenzen gezeigt, welche zusammen mit dem fehlenden Erfolg sämtlicher Therapien und zusammen mit den entsprechenden Erwähnungen in den Akten aus nicht fachärztlicher Sicht den Verdacht einer Schmerzstörung nahelegten (Urk. 10/3/ZM91 S. 28-29).

### **E. 3.8**

Dr. B.\_\_\_\_ nannte in ihrem – von der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ eingereichten - Bericht vom 8. Mai 2012 betreffend die Konsultation vom 2. Mai 2012 die folgenden Diagnosen (Urk. 10/3/ZM93): - Myofaszielles Schmerzsyndrom Schulter-Nacken-Region links - Triggerpunkte Musculi

rhomboidei und M. trapezius linksseitig - Epicondylitis

humeri

radialis links - St. n. Steroidinjektion

In ihrem Bericht vom 24. Mai 2012 betreffend die funktionelle Ultraschalluntersuchung vom 23. Mai 2012 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, zusammen mit der Klinik und dem sonographischen Befund der verdickten hypoechoogen veränderten Supra spinatussehne bestehe wohl auch ein Anteil der Schmerzen aus einer Periarthro pathia

humeroscapularis bei Supraspinatussehnentendinopathie (Urk. 10/3/ZM92).

### **E. 3.9**

Dr. C.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 29. Januar 2018 zuhanden der Beschwerdeführerin fest, gemäss ihren Einträgen in der Krankengeschichte und aus der ihr gut bekannten Anamnese, habe die Beschwerdeführerin im Jahr 2012 über Muskelverspannungen im Bereich der linken Schulter und des linken Vorderarms geklagt, weswegen sie zur Rheumatologin Dr. B.\_\_\_\_ überwiesen worden sei. Während dieser Zeit habe die Beschwerdeführerin als Haushälterin bei einem älteren Ehepaar gearbeitet und sei im April 2012 etwa drei Wochen arbeitsunfähig gewesen. Unter Physiotherapie und Behandlung mit Infiltrationen hätten die Beschwerden gebessert und seien unter normaler Arbeitsfähigkeit rückläufig gewesen. Die letzte Kontrolle habe am 19. Dezember 2012 stattgefunden. Am 17. Januar 2013 habe die Beschwerdeführerin bei einem Autounfall als Beifahrerin Rippenserienfrakturen und eine Fraktur des Brustbeins erlitten, welche zunächst verpasst worden seien. Sie habe die Beschwerdeführerin erstmals am 23. Januar 2013 gesehen, wo sie über starke Schmerzen vor allem thorakal, sternal (Brustbein) und im Rücken geklagt habe. Sie habe auch Schmerzen beim Atmen gehabt. Klinisch hätten sich grosse Blutergüsse über der linken Brust und unter der linken Brust gefunden. Die Beschwerdeführerin habe auch Druckschmerzen costosternal (Rippe/Brustbein) und paravertebral links thorakal (entlang der linken Brustwirbelsäule) gehabt und habe einen Bluterguss am Unterbauch rechts aufgewiesen. Trotz Schmerztherapie sei keine Besserung eingetreten. Klinisch habe der Verdacht auf eine Rippenfraktur bestanden. Man habe ein deutliches Reiben gehört. Auf nochmaliges Nachfragen ihrerseits sei dann die Diagnose der Rippenserienfrakturen sowie die Fraktur des manubrium

sterni gestellt worden. Die Diagnose sei also erst am 13. Februar 2013 eindeutig gewesen. Seither sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig und habe in der Folge ihre langjährige Anstellung als Haushälterin verloren, was sie auch psychisch stark mitgenommen habe. In der Folge sei es leider nicht gelungen, die Beschwerdeführerin zu rehabilitieren, dies trotz stationärer und ambulanter Massnahmen und auch nach psychologisch-psychiatrischer Behandlung. Aus ihrer Sicht sei die Verletzung der Beschwerdeführerin Auslöser der Arbeitsunfähigkeit und des Stellenverlustes, woraus nun ein chronisches Schmerzsyndrom resultiert habe. Die Therapie bestehe momentan in einer Schmerztherapie und zeitweiliger Physiotherapie (Urk. 10/3/ZM94).

### **E. 3.10**

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16. Februar 2018 führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, das Unfallereignis habe lediglich möglicherweise zu dem in der Magnetresonanztomografie vom 5. September 2013 festgestellten Schaden an der Rotatorenmanschette im Sinne der nicht perforierenden Supraspinatussehnenruptur geführt. Die in der Sonografie vom 25. Mai 2012 festgestellten Befunde könnten denjenigen, wie sie im Rahmen der Sonografie vom 16. April 2013 erhoben worden seien, gleichgesetzt werden. Beide hätten keine Ruptur der Rotatorenmanschette gezeigt. Zudem habe Dr. B.\_\_\_\_ bereits im Mai 2012 periartropatische Beschwerden im Rahmen einer Verdickung der Supraspinatussehne feststellen können, was auch zu einer entsprechenden subacromialen Steroidinfiltration geführt habe. Eine Verdickung der Sehne entspreche einer degenerativen Gewebeeränderung. Aus dem Gesagten folge, dass das Unfallereignis nur möglicherweise die nicht perforierende Ruptur der mit Sicherheit vorbestehend mutmasslich symptomatisch geschädigten Supraspinatussehne bewirkt habe. Entsprechend sei auch eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlimmerung lediglich als möglich zu betrachten.

Die vorbestehende degenerative Schädigung der langen Bicepssehne sei durch das Unfallereignis nicht richtungsgebend verschlimmert worden. Es könne keine unfallbedingte Gewebeschädigung, die eine solche bewirken würde, festgestellt werden. Im Weiteren sei angemerkt, dass es lediglich möglich erscheine, dass die festgestellte Schädigung die von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden bewirke.

Das Unfallereignis vom 17. Januar 2013 habe eine vorgeschädigte Wirbelsäule getroffen. Die in der Magnetresonanztomografie vom 26. April 2013 festgestellten Schäden entsprächen krankheitsbedingten Veränderungen, welche nicht innerhalb von drei Monaten entstünden. Soweit die beiden Untersuchungsmethoden vergleichbar seien, entsprächen sie denjenigen, wie sie bereits in der initialen Computertomografie vom 17. Januar 2013 sichtbar gewesen seien. Diese Computertomografie zeige keinerlei Veränderungen wie Schwellungen oder Blutungen, welche bei einer frischen unfallbedingten Schädigung zu erwarten gewesen wären. Im Weiteren könnten die anlässlich des Gutachtens im Bereich der HWS erhobenen Befunde denjenigen gleichgesetzt werden, wie sie von Dr. B.\_\_\_\_ im Mai 2012 erhoben worden seien. Es sei deswegen davon auszugehen, dass sämtliche Schädigungen, wie sie in der HWS in der initialen Computertomografie und der Magnetresonanztomografie vom 26. April 2013 sichtbar seien, vorbestehend gewesen seien, das Unfallereignis zu keiner weiteren strukturellen Schädigung geführt habe und deswegen lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung eingetreten sei, welche spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis abgeheilt sei (Urk. 10/3/ZM95 S. 3 ff.).

### **E. 4.1**

Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob sich gestützt auf die vorliegenden Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015 (vgl. E. 3.4) sowie von Dr. A.\_\_\_\_ vom 11. November 2017 (vgl. E. 3.7) mit Ergänzung vom 16. Februar 2018 (vgl. E. 3.10) die rechtsrelevante Frage, ob die von der Beschwerdeführerin über den 17. Januar 2014 geklagten Beschwerden in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 17. Januar 2013 stehen, beantworten lässt oder nicht.

#### **E. 4.2.1**

Die besagten Gutachten basieren auf fachärztlichen Untersuchungen (rheumatologisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch resp. orthopädisch) und wurden in Kenntnis

der und einlässlicher Auseinandersetzung mit den – im jeweiligen Begutachtungszeitpunkt aktenkundigen – Vorakten erstattet. Die Gutachter haben die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie ihrem Verhalten auseinandergesetzt.

#### **E. 4.2.2**

Es steht ausser Diskussion, dass auf die Schlussfolgerungen der Z.\_\_\_\_-Gutachter nicht abgestellt werden kann, soweit sie mit dem falschen Unfallmechanismus (reine Frontalkollision statt [wie stattgefunden] leicht seitliche Frontalkollision und im Anschluss daran noch Seitenkollision) begründet wurden. Dies trifft unstrittig auf die Beurteilung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden durch den orthopädischen Gutachter (Urk. 10/3/ZM73 S. 13 und S. 30), bei genauer Betrachtung aber teilweise auch durch den rheumatologischen Gutachter der Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10/3/ZM73 S. 15 und S. 33) zu. Zudem nahm der orthopädische Gutachter auch bei der Beurteilung der Nackenbeschwerden unter anderem auf den (falschen) Unfallmechanismus Bezug (Urk. 10/3/ZM73 S. 30).

Entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung sind allein deswegen die von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern – unabhängig vom Unfallmechanismus – gemachten Angaben zu den in den Vorakten dokumentierten und von ihnen selbst in den jeweiligen Fachgebieten erhobenen klinischen Befunden jedoch nicht in Frage zu stellen. Der neurologische Gutachter (welchem der tatsächlich stattgehabte Unfallmechanismus übrigens bekannt war [vgl. die von ihm erhobene Unfallanamnese, Urk. 10/3/ZM73 S. 16]), sowie der psychiatrische Gutachter begründeten sodann ihre Schlussfolgerungen ausschliesslich mit den dokumentierten und von ihnen erhobenen neurologischen resp. psychiatrischen Befunden; der Unfallmechanismus bildete im Rahmen der Beurteilungen dieser beiden Gutachter kein Thema. Insofern besteht kein Grund, diesen Beurteilungen die Beweiskraft abzusprechen.

#### **E. 4.2.3**

Zum – neuerlichen – Einwand der Beschwerdeführerin, wonach anlässlich der Begutachtung in der Z.\_\_\_\_ nicht alle persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen, namentlich auch nicht die psychiatrische, mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt worden seien (Urk. 1 S. 15 ff.), ist zu bemerken, dass der

best möglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zukommt. Nach der Rechtsprechung ist daher bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache der

Explorandin geführt werden kann. Es besteht indessen kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache oder auf Beizug eines Übersetzers. Grundsätzlich hat der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist

( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung geht aus dem Gutachten klar hervor, dass diese in Anwesenheit eines Dolmetschers durchgeführt worden ist (Urk. 10/3/ ZM73 S. 17

und S. 26), weshalb der Vorwurf der Beschwerdeführerin nicht zutrifft. Dass der Gutachter mit der Beschwerdeführerin auch selber in italienischer Sprache kommunizierte, ist nicht zu beanstanden und bedeutet auch nicht, dass der Dolmetscher nicht mitgewirkt hätte. Die Beschwerdeführerin hätte die Übersetzungsdienste des anwesenden Dolmetschers bei Bedarf jederzeit in Anspruch nehmen können. Dem Gutachten sind denn auch keinerlei Anhaltspunkte zu entnehmen, die auf sprachliche Schwierigkeiten anlässlich der psychiatrischen Exploration schliessen lassen würden.

Bei den angeblich fehlerhaften gutachterlichen Angaben im Rahmen der orthopädischen und rheumatologischen Exploration in der Z.\_\_\_\_ (fehlerhafte Angaben im Rahmen der neurologischen Exploration benannte die Beschwerdeführerin nicht [Urk. 1 S. 16 und 17]) handelt es sich lediglich um solche untergeordneter Bedeutung, welche für die Beurteilung des Gesundheitszustandes nicht relevant sind, weshalb daraus nicht auf eine fehlerhafte medizinische Beurteilung geschlossen werden kann. Es bestehen im Übrigen auch keine Anhaltspunkte, an der Qualifikation des beigezogenen Dolmetschers zu zweifeln, was denn vorliegend auch nicht mehr geltend gemacht wurde.

#### **E. 4.2.4**

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass im Rahmen der Begutachtung in der Z.\_\_\_\_ bildgebende Untersuchungen hätten durchgeführt werden müssen (Urk. 1 S. 20), ist festzuhalten, dass es im fachärztlichen Ermessen der Gutachter liegt, welche Abklärungen als notwendig erachtet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_137/2018 vom 20. August 2018 E. 4.2.2). Im Übrigen ist darauf hin zuweisen, dass die Hausärztin Dr. C.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2016 festhielt, dass sie im Mai 2016 eine MR-Untersuchung der Hals- und Brustwirbelsäule veranlasst habe, welche im Vergleich zum MRI vom 18. Februar 2014 unveränderte Befunde ergeben habe (Urk. 10/3/ZM88).

#### **E. 4.2.5**

Die Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ wurde unstrittig im Beisein eines Dolmetschers durchgeführt. Sein Gutachten vom 11. November 2017 mit Ergänzung vom 16. Februar 2016 leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind sorgfältig begründet. Es erfüllt demnach die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage vollumfänglich (vgl. E. 4.2.1 und E. 1.4).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte, ist Dr. A.\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates fachlich genügend qualifiziert, den Gesundheitszustand nicht nur in orthopädischer, sondern auch in rheumatologischer Hinsicht einzuschätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3 mit Hinweisen, wonach chronische Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie bilden), wobei rheumatologische Untersuchungen bei der Beurteilung von Unfallfolgen ohnehin nicht im Vordergrund stehen (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5). Ausserdem ist er aufgrund seiner Fachausbildung auch befähigt, neurologische Beeinträchtigungen zumindest in ihren Grundzügen zu erkennen. Es kann daher angenommen werden, dass ihm eine – seit der Begutachtung in der Z.\_\_\_\_ neu aufgetretene – neurologische Problematik aufgefallen wäre.

#### **E. 4.2.6**

Demnach stellen die Gutachten der Z.\_\_\_\_ und von Dr. A.\_\_\_\_ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers grundsätzlich eine hinreichende medizinische Grundlage zur Beurteilung der somatischen und psychischen Unfallfolgen dar.

#### **E. 4.3.1**

In somatischer Hinsicht steht aufgrund des Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ – nunmehr – fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis nebst einer Rippenseriensfraktur der 1. bis 10. Rippe links, einer Fraktur des Manubrium

sterni, einer Thoraxkontusion links, eines stumpfen Abdominaltraumas, einer HWS-Distorsion und einer BWS-Distorsion auch eine Schulterkontusion links erlitten hat (vgl. E. 3.7).

#### **E. 4.3.2**

Der neurologische Gutachter der Z.\_\_\_\_ stellte überzeugend fest, dass sich weder anamnestisch noch aufgrund der von ihm durchgeführten Untersuchung Hinweise auf eine neurologische Beeinträchtigung finden liessen (E. 3.4). Gegenteilige spätere ärztliche Einschätzungen sind den Akten nicht zu entnehmen.

Dr. A.\_\_\_\_ legte sodann mit einlässlicher Begründung dar, dass die mit Sicherheit unfallbedingten Frakturen der Rippen sowie des Manubrium

sterni vollständig und folgenlos verheilten und dass unfallbedingte (frische) strukturelle Schäden an der BWS auszuschliessen sind. Sodann erklärte er, dass sämtliche bildgebend festgestellte Schädigungen der HWS vorbestehend waren, das Unfallereignis zu keiner weiteren strukturellen Schädigung führte und lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung eintrat. Schliesslich stellte er fest, dass die Schulterkontusion nur möglicherweise strukturelle Schädigungen der linken Schulter zur Folge hatte und dass auch hier degenerative Vorzustände vorlagen, welche durch das Unfallereignis nur möglicherweise und/oder nicht richtungsgebend verschlimmert worden sind (E. 3.7 und E. 3.10). Diese Beurteilung steht mit den dokumentierten und von Dr. A.\_\_\_\_ selbst erhobenen Befunden in Einklang und erscheint überzeugend.

Dr. A.\_\_\_\_ ging davon aus, dass die Frakturen der Rippen sowie des Manubrium

sterni und die durch die BWS-Distorsion hervorgerufenen Beschwerden spätestens nach sechs Monaten folgenlos verheilt resp. abgeklungen waren. Die durch den Unfall verursachten vorübergehenden Verschlimmerungen der degenerativen Vorzustände der linken Schulter sowie der HWS sind laut Dr. A.\_\_\_\_ spätestens nach drei resp. nach sechs Monaten ausgeheilt. Diese Annahmen liegen im Rahmen der eingangs genannten medizinischen Erfahrungstatsachen (vgl. E. 1.2.4; vgl. [in Bezug auf die Schulterkontusion] Urteile des Bundesgerichts 8C\_216/2017 vom 2. Mai 2017, 8C\_584/2013 vom 3. April 2014 E. 5.4) und sind an sich auch sonst nicht in Frage zu stellen. Die postulierte Dauer der vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustands der HWS von sechs Monaten erscheint allerdings äusserst knapp bemessen.

Nicht in Frage zu stellen ist schliesslich auch die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_, wonach die in den Vorakten beschriebenen Befunde und gestellten Diagnosen allesamt unspezifischen muskulären Schmerzzuständen entsprechen. Soweit Dr. A.\_\_\_\_ daraus schloss, dass die unspezifischen Schmerzzustände bei der Beschwerdeführerin nach Abheilen der unfallbedingten Schäden allesamt nicht mehr in einen (natürlichen) Zusammenhang mit

dem Unfallereignis gestellt werden können, kann ihm aus rechtlicher Sicht aufgrund des eingangs dargelegten Begriffs der natürlichen Kausalität (vgl. E. 1.2.1) hingegen nicht ohne weiteres gefolgt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 5/00 vom 26. September 2001 E. 3.a). Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich.

#### **E. 4.3.3**

Aufgrund der überzeugenden gutachterlichen Beurteilungen kann nämlich jeden falls ohne weiteres angenommen werden, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (ein Jahr nach dem Unfall) keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen (vgl. dazu E. 1.2.3) mehr vorlagen,

welche mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 17. Januar 2013 standen.

Weiter kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass eine unfallbedingte Verschlimmerung zumindest der vorbestehenden Schulterproblematik im Zeitpunkt der Leistungseinstellung überwiegend wahrscheinlich nicht mehr für die Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin verantwortlich war, entfiel doch mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (drei Monate nach dem Unfall) eine Teilsächlichkeit für diese Beschwerden (vgl. E. 1.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.3).

#### **E. 4.3.4**

Die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin ändern an dieser Schlussfolgerung nichts:

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, es sei angesichts des komplexen Unfallmechanismus mit mehrmaligem Kopfanprall anzunehmen resp. jedenfalls nicht ohne weiteres auszuschliessen, dass sie ein schwereres als das bisher angenommene HWS-Trauma resp. auch ein Schädelhirntrauma erlitten habe (Urk. 1 S.

13 ff.), ist zu bemerken, dass für die Beurteilung der Art und Schwere der bei einem Unfall erlittenen Verletzungen die medizinischen Fakten massgeblich sind. Gemäss dem – auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2013 (Urk. 10/3/ZM1 S. 1) – von einem Arzt des Y.\_\_\_\_ ausgefüllten «Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultationen nach cranio-sakralen Beschleunigungstrauma» erlitt die Beschwerdeführerin ein HWS-Trauma Grad II (Urk. 10/3/ZM1 und Urk. 10/3/ZM5). Befunde, welche zur Diagnose eines HWS-Traumas Grad III oder IV (nebst Nackenschmerzen und muskuloskelettalen Beschwerden neurologische Befunde resp. Fraktur oder Dislokation) führen würden, wurden von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen sowie von den Gutachtern (ausdrücklich und nachvollziehbar) ausgeschlossen. Dass die Beschwerdeführerin auch ein Schädelhirntrauma erlitten haben könnte, wurde von keinem der mit der Beschwerdeführerin befassten Ärzte und Ärztinnen je in Erwägung gezogen. Im Übrigen kann dahingestellt bleiben, ob die Beschwerdeführerin auch ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Es ist nämlich nicht aktenkundig und wurde von ihr auch nicht behauptet, dass bei ihr seit dem Unfall Beeinträchtigungen bestehen, welche sich nicht mit den nach HWS-Distorsionen und äquivalenten Verletzungen typischerweise auftretenden Gesundheitsstörungen (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter) vergleichen lassen. Soweit die typischen Gesundheitsstörungen bei der Beschwerdeführerin überhaupt auftraten, ist deren Adäquanz deshalb unabhängig davon, ob sie auf ein Schädelhirntrauma und/oder ein

HWS-Trauma zurückzuführen sind, nach der Schleudertrauma-Praxis (besonders) zu prüfen (vgl. E. 1.3.3 und E. 1.3.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.4).

Die Berichte der behandelnden Hausärztin Dr. C. \_\_\_ lagen den Gutachtern der Z. \_\_\_ sowie Dr. A. \_\_\_ vor. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung benannte sie darin keine wichtigen - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Insbesondere enthalten auch die von der Beschwerdeführerin erwähnten Berichte von Dr. C. \_\_\_ vom 15. Dezember 2016 (vgl. E. 3.6) und vom 29. Januar 2018 (vgl. E. 3.10) keine Angaben, welche darauf schliessen lassen würden, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch organisch objektiv ausweisene Unfallfolgen vorlagen.

#### **E. 4.4**

In psychischer Hinsicht kam es laut dem (kurz nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung) verfassten Bericht von Dr. D. \_\_\_ und Psychologe E. \_\_\_ vom 28. Januar 2014 nach dem Unfall zu einer Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion. Dr. D. \_\_\_ und Psychologe E. \_\_\_ hielten fest, dass nach der Behandlung der akuten Belastungsstörung (remittiert) die Therapie den Umgang mit den chronischen Schmerzen zum Ziel habe. Ein weiteres Ziel sei es, einer depressiven Kompensation vorzubeugen. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bestehe nicht (Urk. 10/3/ZM48; vgl. E. 3.3). Der psychiatrische Gutachter der Z. \_\_\_ konnte anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 27. März 2015 weder anamnestisch noch aktuell eine krankheitswertige psychische Störung, namentlich auch keine posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Störung, diagnostizieren, erhob aber einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Dies erscheint aufgrund der besagten Einschätzung von Dr. D. \_\_\_ und Psychologe E. \_\_\_, der weiteren Vorakten, der von der Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter gemachten Angaben sowie aufgrund des von ihm erhobenen (weitest gehend unauffälligen) Psychostatus nachvollziehbar und überzeugend.

Der Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 30. Mai 2016

(Urk. 10/3/ZM85; vgl. E. 3.5) steht der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht entgegen, zumal die Beschwerdeführerin die Behandlung bei jenem gemäss Aktenlage offenbar im Juni 2015 und damit erst nach der Begutachtung in der Z. \_\_\_ aufnahm (vgl. Urk. 10/2/Z266). Zumindest bis zum Behandlungsbeginn basieren demnach die - vagen - Angaben von Dr. H. \_\_\_

zum Verlauf seit dem Unfall nicht auf objektiv-eigenen ärztlichen Feststellungen. Auch sonst gab Dr. H. \_\_\_ im genannten Bericht vorwiegend die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin wieder. Insofern erscheinen die von ihm gestellten Diagnosen nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Bezüglich der von ihm postulierten posttraumatischen Belastungsstörung stellte Dr. H. \_\_\_ so dann selbst fest, dass die Diagnosekriterien nicht vollständig erfüllt seien.

Eine psychische Fehlentwicklung in Form einer somatoformen Schmerzstörung ist auch nach der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht auszuschliessen. Ob sich bei der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung in der Z. \_\_\_ das Vollbild einer somatoformen Schmerzstörung und/oder eine depressive Störung zeigte/n, kann jedoch aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offengelassen werden.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend liegt – entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung – überwiegend wahrscheinlich für die über den 17. Januar 2014 hinaus persistierenden Beschwerden kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor. Demnach ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den anhaltenden Beschwerden jedenfalls besonders zu prüfen (vgl. E. 1.3.2).

Offenbleiben kann dabei, ob die Adäquanz nach den Kriterien von BGE 115 V 133 oder nach denjenigen von BGE 134 V 109 E. 10.3 zu beurteilen ist, da – wie nachstehende Prüfung zeigt (vgl. E. 5) – die Adäquanz auch bei Anwendung der für die Versicherte günstigeren Kriterien der Schleudertrauma-Praxis verneint werden muss (vgl. Urteil 8C\_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 3). Ob das versicherte Ereignis eine wesentliche Teilursache der nach dem 17. Januar 2014 – nebst den nicht mehr unfallbedingten Schulterbeschwerden (vgl. E. 4.3.3) – fortbestehenden weiteren Beschwerden bildet, braucht daher nicht abschliessend beurteilt zu werden.

#### **E. 4.6**

Von weiteren medizinischen Erhebungen sind keine entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse zu erwarten, weshalb keine Notwendigkeit für die von der Beschwerdeführerin beantragten ergänzenden Abklärungen besteht.

#### **E. 5.1**

Die Adäquanzbeurteilung hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingt geschädigten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 137 V 199 E. 2.2.3.1). « Namhaft »

bedeutet, dass die durch weitere zweckmässige Heilbehandlung erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss, was prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen). Im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung am 17. Januar 2014 – ein Jahr nach dem Unfallereignis – befand sich die Beschwerdeführerin primär in physiotherapeutischer Behandlung mit hausärztlichen Kontrolluntersuchungen und nahm Schmerzmittel ein. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungsmassnahmen

gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlungen im Sinne der Rechtsprechung

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3 mit Hinweis). Regelmässige psychotherapeutische Massnahmen waren im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht aktenkundig. Ausserdem kann aufgrund des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ und Psychologe E.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2014 angenommen werden, dass zumindest im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mehr bestand (vgl. E. 4.4). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es nicht um einen Endzustand der medizinischen Behandlung, mithin um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung, geht

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3) . Somit ist der Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung vorliegend nicht zu beanstanden.

### **E. 5.2**

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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 5.2 mit Hinweisen).

Laut Unfallanalyse vom 22. Mai 2014 ereignete sich der Unfall vom 17. Januar 2013 bei Schneefall und einer stark verschneiten Fahrbahn um ca. 16.30 Uhr auf einer Strasse, auf der eine Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h galt. Das Auto der Unfallverursacherin geriet ins Rutschen und schleuderte unmittelbar vor das Auto, in dem sich die Beschwerdeführerin auf dem Beifahrersitz befand. Es kam zu einer seitlichen Frontalkollision, bei welcher die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) in der Position Beifahrersitz beim Primäranstoss rund 30 bis 37 km/h und beim Sekundäranstoss rund 3 bis 6 km/h betrug (Urk. 10/1/Z114). Bei Frontalkollisionen liegt die sogenannte Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden bei einem Delta-v-Wert von 20-30 km/h (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_481/2012 vom 10. Dezember 2012 E. 5). Im Fall der Beschwerdeführerin lag der Wert beim Primäranstoss somit knapp darüber.

Die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation als mittelschwerer Unfall im eigentlichen Sinn ist unter Berücksichtigung der aus den Akten ersichtlichen Schäden an den Unfallfahrzeugen sowie gestützt auf die Kasuistik des Bundesgerichts (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 E. 5.2.2) gerechtfertigt (vgl. auch einen ähnlich gelagerten Fall im Urteil des Bundesgerichts 8C\_821/2007 vom 28. Juli 2008 E. 5.1).

Ein adäquater Kausalzusammenhang kann somit nur bejaht werden, wenn drei der Adäquanzkriterien

erfüllt sind oder eines der Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_220/2013 vom 4. Juli 2013 E. 5.2 mit Hinweisen).

### **E. 5.3**

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Eine besondere Eindringlichkeit oder besonders dramatische Begleitumstände sind vorliegend zu verneinen. Die Beschwerdeführerin zog sich auch keine schweren oder in ihrer Art besonderen Verletzungen zu. Namentlich ist aufgrund der aktenkundigen Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin nicht von einer besonderen Schwere der für ein HWS-Trauma – und auch für ein Schädelhirntrauma – typischen Beschwerden (vgl. E. 4.3.4) auszugehen.

Ebenfalls zu verneinen ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und belastenden ärztlichen Behandlung.

Die durchgeführten Massnahmen erschöpften sich im Wesentlichen in hausärztlichen Kontrolluntersuchungen, medikamentöser Behandlung und Physiotherapie, die keine besonders belastenden, spezifischen Behandlungen darstellen. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt. Adäquanzrelevant können dabei nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein (BGE 134 V 129 E. 10.2.4). Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zu Recht bemerkte, ist dieses Kriterium jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben (Urk. 2 S. 9; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.5 unter Hinweis auf das [von der Beschwerdegegnerin zitierte] Urteil 8C\_990/20

#### **E. 5.4**

Zusammengefasst ergibt sich, dass höchstens zwei Kriterien erfüllt sind, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Dies genügt zur Bejahung der Adäquanz der laut Beschwerdeführerin über den 17. Januar 2014 hinaus anhaltenden Beschwerden nicht. 6.

Die Einstellung der Versicherungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin per 17. Januar 2014 ist demnach jedenfalls

zu Recht erfolgt, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - Zürich  
Versicherungs-Gesellschaft AG unter Beilage des Doppels von Urk. 12 - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst Leicht

#### **E. 08**

vom 6. März 2009 E. 6.2.1). So fielen gemäss Aktenlage hinsichtlich der Beeinträchtigung im Alltag nach Abheilen der Frakturen (spätestens sechs Monate nach dem Unfall) vor allem die Schulterbeschwerden ins Gewicht, für deren Fortdauer nach dem Gesagten jedoch nicht mehr das Unfallereignis verantwortlich war (vgl. E. 4.3.2 und E. 4.3.3). Ausserdem

war es ihr trotz der Schulterbeschwerden bereits Ende Mai 2013 wieder möglich, einfache Gerichte zu kochen und sehr leichte körperliche Arbeiten im Haushalt zu übernehmen (vgl. Bericht über den Patientenbesuch vom 31. Mai 2013, Urk. 10/1/Z43). Schliesslich bestanden gemäss Aktenlage zwischen dem Unfall und der Leistungseinstellung auch keine anhaltenden erheblichen psychischen Beschwerden.

Sodann sind keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ersichtlich.

Aus der ärztlichen Behandlung und den Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hier zu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 9.6.1 und U 56/2007 vom 25. Januar 2008 E. 6.6 mit Hinweis). Somit ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt.

Was schliesslich das Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, so ist dieses zu bejahen, wenn der Wille der versicherten Person erkennbar ist, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Die Beschwerdeführerin hat weder einen Arbeitsversuch im angestammten Beruf noch irgendwelche Bemühungen um die Aufnahme einer anderen, den Beschwerden angepassten Tätigkeit unternommen. Da die im Vordergrund stehenden Schulterbeschwerden drei Monate nach dem Unfall nicht mehr als unfallkausal zu gelten haben, ist auch das Ausmass der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit unbeachtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_349/2009 vom 17. August 2009 E. 5.4). Auch dieses Kriterium ist deshalb, wenn überhaupt, jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

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