

BL_GERICHTE 725 2011 54 vom 22. Juni 2010

BL Gerichte, 2010-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2011_54

FR: BL_GERICHTE 725 2011 54 du 22 juin 2010

IT: BL_GERICHTE 725 2011 54 del 22 giugno 2010

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 3

In beweisrechtlicher Hinsicht entfällt die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zeitpunkt, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206, S. 326 E. 3b). Diese Beweisregel greift aber erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b).

E. 4

Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin über den 31. Januar 2009 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

E. 4.1

Die Vorinstanz verneint den natürlichen Kausalzusammenhang der geklagten Beschwerden zum Unfallereignis vom 29. Dezember 2008 gestützt auf die Beurteilungen der B. vom 1. November 2009, 21. Dezember 2009 sowie 10. September 2010 und schliesslich mit Verweis auf das IV-Gutachten vom 11. Dezember 2012. Die Leistungseinstellung per Ende Januar 2009 sei rechtens erfolgt. Die Beschwerdeführerin und die SWICA stellen sich dagegen auf den Standpunkt, dass die Berichte der B. als Grundlage für die Einstellungsverfügung untauglich seien. Die Beschwerdeführerin verwies auf die Berichte des C. vom 18. September 2009, 1. Oktober 2009, 30. Oktober 2009 sowie vom 16. Februar 2010, von Dr. G. vom 14. Februar 2011, von Dr. D. vom 24. Juni 2011 sowie von Dr. E. vom 7. Juli 2011 und auf das Gerichtsgutachten von Dr. H. mit Ergänzung vom 3. Dezember 2012, wonach jedenfalls die am 28. Oktober 2009 operierte TFCC-Läsion und ein CPRS Typ I unfallkausal seien. Folglich habe die Beschwerdegegnerin über den 31.

Januar 2009 hinaus für die Heilbehandlung aufzukommen und Taggelder auszurichten. Der Fallabschluss sei demnach zu früh erfolgt.

E. 4.2

Um beurteilen zu können, ob die geklagten Beschwerden noch natürlich kausal zum Unfallereignis sind bzw. wenn ja, ob noch von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden kann oder der Endzustand erreicht ist, ist das Gericht auf medizinische Unterlagen angewiesen (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Diese sind nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 4.3

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 252 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 5.1. Gemäss Bericht der L. vom 29. Dezember 2008 erlitt die Versicherte anlässlich des Unfalls vom 29. Dezember 2008 eine Schädelkontusion links, eine Handgelenkprellung links sowie eine Hüftprellung links. Da die Beschwerden in Form von ausgeprägten Cervicocephalgien verbunden mit Schwindelattacken sowie Schmerzen in der linken Körperhälfte nach dem Fahrradunfall persistierten, erfolgte ein stationärer Aufenthalt vom 26. März 2009 bis 10. April 2009 in der M. . Gemäss Austrittsbericht vom 21. April 2009 wurden ein cervicocephales Schmerzsyndrom nach Schädelkontusion, Arthralgien und leichte Funktionseinschränkungen des linken Handgelenkes, ein Fibromyalgiesyndrom, eine depressive Reaktion sowie eine Adipositas festgestellt. Die Versicherte habe in leicht gebessertem Zustand entlassen werden können. Vom 7. Juli 2009 bis 4. August 2009 fand ein weiterer stationärer Aufenthalt in der M. statt. Die Versicherte klagte bei der Aufnahme

über starke Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen im Schulter-Nacken-Bereich und in der gesamten Wirbelsäule, im LWS-Bereich mit Ausstrahlung ins linke Bein sowie Schmerzen im linken Arm und Ellenbogen. Die Ärzte diagnostizierten ähnlich wie beim letzten Aufenthalt eine posttraumatische Belastungsstörung, ein cervicocephales Schmerzsyndrom bei Zustand nach Schädeltrauma, Arthralgien und eine leichte Funktionseinschränkung des linken Handgelenks, ein Fibromyalgiesyndrom, eine depressive Reaktion sowie eine Adipositas. 5.2. Zur Beurteilung der Kausalität der Beschwerden beauftragte die Zürich die B. mit dem Erstellen eines Gutachtens. Unter der medizinischen Verantwortung von Dr. med. N. , FMH Allgemeine Medizin, beurteilten Dr. med. O. , FMH Orthopädie, Dr. med. P. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Q. , FMH Neurologie, den Gesundheitszustand der Versicherten. Die psychiatrische Untersuchung fand am 15. September 2009, die orthopädische am 21. September 2009 und die neurologische am 1. Oktober 2009 statt. Mit Gutachten vom 2. November 2009 konnten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie einen Status nach Sturzverletzung 2004 mit Ausrutschen auf nassem Boden mit Prellung des Gesässes und des Rückens, einen Status nach Arbeitswegunfall am 29. Dezember 2009 mit Schädelkontusion, blander HWS-Distorsion, Handgelenkkontusion links, Hüftkontusion links sowie eine problemlos abgeheilte Rissquetschwunde linke Schläfe, ohne neurogene Schädigungen, ein rumpfmuskuläres Globaldefizit als Folge einer Langzeitdeconditionierung, eine Adipositas, eine somatoforme Schmerzstörung mit Beschwerdeausweitung und Selbstlimitierung, ein schädlicher Gebrauch von Analgetika und eine Sensibilitätsstörung der ulnaren Fingerkuppe links, ohne motorische Defizite und ohne Hinweis für eine klinisch relevante Nervus ulnaris-Schädigung fest. Die psychiatrische Untersuchung mit ausführlicher Auseinandersetzung mit den Gutachten von Dr. med. R. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. September 2006 und den Austrittsberichten der M. vom 15. August 2007, 21. April 2009 sowie 17. August 2009 ergab, dass Anamnese, Verlauf und psychischer Befund den Charakter einer somatoformen Schmerzen erfüllten. Eine psychiatrische Komorbidität lasse sich neben der somatoformen Schmerzstörung nicht diagnostizieren. Ein verfestigter unumkehrbarer Verlauf der somatoformen Störung liege nicht vor, ebenso wenig wie ein pathologischer sozialer Rückzug. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. Q. an, dass sich durch alle Berichte die Darstellung der chronischen Schmerzstörung ziehe, ohne jeweils eine konkrete neurologische Primärursache diagnostizieren zu können. Auf rein neurologischem Gebiet bestünden keine relevanten Defizite. Allenfalls sei indirekt über myofasziale Prozesse im humeroepicondylären Bereich mit Irritation des Nervus ulnaris die leichte Sensibilitätsstörung der ulnaren Fingergruppe zu werten, die jedoch keine derzeitige Relevanz für die Gebrauchsfähigkeit der linken Hand auf rein neurologischem Gebiet habe. Dr. O. kam zum Schluss, dass in orthopädischer Hinsicht keine krankhaften Befunde im Bereich des aktiven und des passiven Bewegungsapparates mit Ausnahme eines rumpfmuskulären Globaldefizites feststellbar seien. In der röntgenologischen Bildgebung seien die Befunde im Bereich der HWS, des Beckens und des linken Handgelenkes vollständig unauffällig. Der im Röntgenbild auszumachende und nicht mit den Unfallereignissen 2008 und 2004 korrelierende Befund eines abgesprengten Proc. styloideus ulnae gelte als Nebenbefund und habe keinen Krankheitswert. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte in der Lage, alle altersassoziierten mittelschweren Tätigkeiten zu bewältigen. Es bestehe weder eine pathomorphologisch erklärbare

Einschränkung in der Beweglichkeit und der Belastbarkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes noch der Extremitätengelenke. Es bestehe weder eine Notwendigkeit zur Verwendung zweier Unterarmgehstützen noch zur Verwendung einer Drellstoffbandage mit Klettverschluss am linken Handgelenk. Ein Kausalzusammenhang der Beschwerden und Befunde der Versicherten im Hinblick auf den Unfall vom 29. Dezember 2008 sei bezugnehmend auf die Dossier-Dokumentation, den Beschwerdevortrag der Versicherten, den klinisch funktionellen und den bildgebenden Befunden eindeutig zu verneinen. Allfällige Restbeschwerden seien nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen. Das Ereignis habe maximal für einen Zeitraum von ca. vier Wochen, d.h. bis zum 31. Januar 2009 Folgen hinterlassen, dann sei der Status quo sine erreicht gewesen. Ab 1. Februar 2009 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 6

Mit Schreiben vom 9. November 2009 informierte der Rechtsvertreter der Versicherten die Zürich, dass seine Mandantin anlässlich des Unfalls eine Fraktur am linken Handgelenk erlitten habe und dass sie am 28. Oktober 2009 operiert worden sei (vgl. Operationsbericht vom 30. Oktober 2009). Er verwies auf die Berichte des C. vom 18. September 2009 und vom 1. Oktober 2009, woraus hervorgeht, dass die Arthro-CT vom 24. September 2009 eine Ulnastyloidpseudarthrose mit einem Riss im Bereich der radialen Verankerung des TFCC zeige. Die ulnare Verankerung des TFCC sei im Rahmen der Ulnaspitzenfraktur ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen worden.

E. 7

Am 21. Dezember 2009 nahm Dr. N. der B. nach Rücksprache mit dem Hauptgutachter Dr. O. zum neuen medizinischen Sachverhalt Stellung. Die in der Arthro-CT festgestellte TFCC-Pathologie bleibe ätiopathogenetisch unklar. Eine zwingende Korrelation der TFCC-Pathologie mit den Handgelenkbeschwerden sei nicht herzustellen. Nicht selten seien nach schulmedizinischen Erfahrungen derartige Arthro-CT-Befunde vollständig asymptomatisch und gälten bei Nachweis eher als Zufallsbefunde. Bei einer gravierenden TFCC-Pathologie sei es rückblickend sehr erstaunlich, dass die Versicherte in der Lage gewesen sei, zwei Unterarmgehstützen zur Entlastung ihres Körpergewichtes zu verwenden. Gestützt auf den Operationsbericht des C. sei prognostisch davon auszugehen, dass Anfang Februar 2010 nach Mobilisation wieder eine uneingeschränkte Belastbarkeit des linken Handgelenks bestehe.

E. 8

Mit Ergänzung vom 1. September 2010 bestätigte Dr. O. auf Anfrage der Zürich vom 27. Juli 2010, dass die damals neu vorgelegten Unterlagen an der Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Versicherten nichts änderten. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. Dezember 2008 und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des linken Handgelenkes sei eher unwahrscheinlich. Gestützt auf den Konsiliarbericht der L. vom 29. Dezember 2008 sei der Röntgenbefund am linken Handgelenk nicht als frisch, sondern als Folge einer alten Verletzung interpretiert worden. Darüber hinaus sei nochmals darauf hinzuweisen, dass es höchst unwahrscheinlich sei, dass bei einer frischen floriden, unfallassozierten Schmerzhaftigkeit die Versicherte in der Lage gewesen sein soll, mit einer erheblichen Druckbelastung ihr übermässiges Körpergewicht auf den Handgriff einer links getragenen Unterarmgehstütze zu übertragen, wie dies anlässlich der Abklärung vom 2. November 2009 zu beobachten gewesen sei. Die Ätiopathogenese der

Handgelenkpathologie bleibe letztlich unklar. Ab wann nur noch unfallfremde Ursachen mitwirkten, könne nur so beantwortet werden, als dass es eher unwahrscheinlich sei, dass der Unfall überhaupt einen Einfluss auf die Handgelenkpathologie genommen habe. 9.1. Demgegenüber vertrat Dr. F. mit Bericht vom 16. Februar 2010 die Auffassung, dass die initial angegebenen Schmerzen auf eine Traumatisierung einer bestehenden Ulnastyloidpseudarthrose zurückzuführen seien. Die damit verbundene ulnare TFCC-Läsion sei frisch und eindeutig unfallbedingt. Die Ulnaverkürzungsosteotomie sei primär durchgeführt worden, um den geschädigten TFCC zu entlasten. 9.2. Dr. G. berichtete am 14. Februar 2011, dass bei der Versicherten zusätzlich ein CRPS aufgetreten sei, welches sich nach einem Trauma oder einer Operation entwickeln könne. Zugleich bestünden neuropathische Schmerzen. Es sei mit einer mehrjährigen Beeinträchtigung zu rechnen und es seien auch noch längerfristige Therapien notwendig. Zurzeit sei die Versicherte 100% arbeitsunfähig. Die Grundfunktion des Handgelenks sei allein schon durch die Operation gestört. Der linke Arm sei völlig funktionsunfähig. Insofern könne man von einem ähnlichen Bild ausgehen wie bei einer einarmigen Patientin. 9.3 Mit Schreiben vom 24. Juni 2011 äusserte sich Dr. D. zu den Handgelenksbeschwerden. Generell müsse nach jedem Trauma, insbesondere auch nach sogenannten Bagateltraumen an die Entwicklung eines Morbus Sudeck (CRPS) gedacht werden. Diese Komplikation sei eigentlich immer im Hinterkopf eines Arztes, wenn sich nach einem Unfallereignis ein schleppender Verlauf ergebe. Dies treffe bei der Versicherten zu. Initial sei nach dem Unfall von einer Handgelenkprellung gesprochen worden. Das Handgelenk sei auch geröntgt worden. Da die Beschwerden persistierten, sei die Versicherte am 24. Juni 2009 in die Handsprechstunde des C. überwiesen worden. Die nachfolgende Operation sei als Folge des Unfallereignisses zu werten wie auch die Entwicklung eines Morbus Sudeck. 9.4 Dr. E. führte in ihrem Bericht vom 7. Juli 2011 aus, dass zwei Wochen nach der Operation eine deutliche Schwellung, leicht livide Hautverhältnisse und deutliche Schmerzen festgestellt worden seien. Zwei Tage später sei eine erneute Kontrolle erfolgt und die Schwellung sei langsam zurückgegangen. Laut Unterlagen sei die Versicherte nie wirklich beschwerdefrei gewesen. Die Diagnose eines CRPS sei in der Diagnoseliste nicht explizit erwähnt, aber sicher in Betracht gezogen worden. Die Entwicklung dieses CRPS sei mit Sicherheit als Folge der Operation und damit als Unfallfolge anzusehen.

E. 10

Diese Berichte liessen Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung der Kausalität der Handgelenksbeschwerden (TFCC-Läsion und CRPS) durch Dr. O. im Gutachten der B. vom 2. November 2009 sowie in den Ergänzungsberichten vom 1. September 2010 und 21. Dezember 2010 aufkommen. Um die Frage der Kausalität der Handgelenksbeschwerden beurteilen zu können, wurde Dr. H. als Spezialist für Handchirurgie und Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, im Rahmen der Sachverhaltsabklärung mit dem Erstellen eines Gerichtsgutachtens beauftragt. In seinem ausführlichen Gutachten vom 19. April 2012 diagnostizierte er eine TFCC-Läsion bei Ulnastyloidpseudarthrose Handgelenk links und ein CRPS Typ I postoperativ 28. Oktober 2009. Die TFCC-Läsion sei auf den Unfall vom 29. Dezember 2008 zurückzuführen. Die Ulnastyloidpseudarthrose, die vor dem Unfall vom 29. Dezember 2008 bestanden habe und asymptomatisch gewesen sei, weise auf eine Schwachstelle der Handgelenkbiomechanik hin. Das Hämatom, die Schwellung und die akuten Schmerzen nach dem Unfall vom 29. Dezember 2008 bewiesen eine Traumatisierung des Handgelenkes. Der Unfallmechanismus mit Sturz mit hoher Energie auf das extendierte, nach ulnar duzierte Handgelenk weise auf eine Distorsionsverletzung

hin, am wahrscheinlichsten eine TFCC-Läsion. Diese werde letztlich durch ein MRI, eine Arthroskopie und durch den intraoperativen Befund bestätigt. Auch das Ganglion müsse als unfallbedingt gelten, denn als Folge der Verletzung mit gestörter Biomechanik habe sich eine chronische Synovitis im Handgelenk entwickelt. Das CPRS Typ I sei eine Folge der Operation vom 28. Oktober 2009. Zeichen eines drohenden CRPS seien schon beim Unfall 2004 beschrieben worden, ebenso wie in der Zeit zwischen dem Unfall vom 29. Dezember 2008 und der Operation am 28. Oktober 2009. Im jetzigen Zeitpunkt (5. April 2012) sei die Versicherte wegen der Verletzung an der rechten Hand 100% arbeitsunfähig in ihrer alten angestammten Arbeit als Raumpflegerin. In einer angepassten Arbeit, bei welcher sie ausschliesslich die rechte Hand einsetzen müsse, wäre sie zu 50% arbeitsfähig. Die Arbeit müsste einhändig zu erledigen sein und die Versicherte würde vermehrt Pausen benötigen. Der Integritätsschaden für die linke Hand betrage 50% nach SUVA-Tabelle.

E. 11

Die IV-Stelle beauftragte im Rahmen des Invalidenversicherungsverfahrens Dr. J. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K. , FMH Neurologie/Neuropsychologie, sowie Dr. med. I. , FMH Innere Medizin und Rheumatologie, mit dem Erstellen eines polydisziplinären Gutachtens. Mit solchem vom 11. Januar 2012 stellten die Gutachter in der Konsensbesprechung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine leichte depressive Stimmung, chronifiziert und eine traumatisierte Ulnarstyloidpseudarthrose fest. In der aktuellen rheumatologischen und klinischneurologischen Untersuchung fänden sich bei der Versicherten leichte Residuen nach Operation im Handgelenkbereich links mit minim reduzierter Beanspruchbarkeit aus rheumatologischer Sicht. Im Bereich des linken Vorderarms und Handbereichs könnten einzig eine teigige Schwellung sowie Berührungs- und Druckempfindlichkeit mit gleichzeitigem Taubheitsempfinden als medizinisches Korrelat für eine Einschränkung der Belastbarkeit im linken Vorderarm objektiviert werden. Die diskrete, nicht indurierte Schwellung des Handrückens links sei nicht ausreichend für die Diagnose eines CRPS, womit die Diagnose von Dr. G. vom rheumatologischen und neurologischen Gutachter heute nicht mehr bestätigt werden könne. Es bestehe kein Temperaturunterschied, keine Veränderung der sudomotorischen Aktivität und keine Verfärbung. In Bezug auf die linke Oberschenkelmuskulatur seien keine Paresen feststellbar. Die thorakolumbalen und Beckenring Beschwerden seien unspezifisch. Es lägen degenerative Veränderungen vor, diese könnten allerdings nicht mit den angegebenen Dysfunktionen in Verbindung gebracht werden. Im MRI vom 11. Oktober 2004 könnten eine zentrale Diskusprotrusion L4/5 ohne Hinweis einer Einengung der Neuroforamina oder einer Nervenwurzel und bei L5/S1 eine diskrete breitbasige Diskusprotrusion, ohne Hinweis einer Einengung der Neuroforamina oder einer Nervenwurzel diagnostiziert werden. Ein radikulärer oder ein spondylogener Schmerz hätten aktuell nicht nachgewiesen werden können. Aus neurologischer und rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht in der angestammten Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei es im Vergleich zu den Befunden und Beurteilungen in den Vorgutachten von 2006 und 2009 zu keiner wesentlichen Verschlechterung der Symptomatik gekommen. Aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode, die als chronifiziert beurteilt werden müsse, sei von einer 30%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen.

E. 12

Mit Ergänzungsgutachten vom 3. Dezember 2012 nahm Dr. H. zum IV-Gutachten vom 11. Januar 2012 Stellung. Er führte an, dass sich seine Beurteilung nicht geändert habe. Das IV-Gutachten beinhalte hauptsächlich eine Interpretation der Akten. Die Beurteilung der Beschwerden des linken Handgelenkes sei mangelhaft und entspreche nicht den Kriterien einer handchirurgischen Abklärung. Die heutigen Symptome wie Schwellung, Bewegungseinschränkung, Hypästhesie und Kraftverlust sprächen für ein CRPS im Endstadium. Livide Verfärbung, Temperaturunterschied, vermehrtes Schwitzen seien Symptome der akuten Phase eines CRPS. Diese liege nun drei Jahre zurück, weshalb diese Symptome fehlten. In seinem Gutachten vom 12. April 2012 seien die Kriterien eines CRPS festgehalten. Ein solches lasse sich nach wie vor nicht ausschliessen. Die linke dominante Hand (Haltehand) der Versicherten könne wegen der Bewegungseinschränkung (Flexion/Extension 30-0-30° passiv / Radial-Ulnardeviation 10-0-15° passiv) und wegen des Schmerzprofils sowie der Kraftlosigkeit nicht eingesetzt werden. Für Arbeiten, die hauptsächlich beidhändig ausgeführt werden müssten, sei die linke obere Extremität nicht adäquat einsetzbar. Dies treffe zu für die angestammte Arbeit im Reinigungsdienst. Ein kurzer Einsatz der linken Hand sei möglich, verursache aber enorme Schmerzen, die lange andauerten und nur langsam wieder abklängen. Die Schmerzen verstärkten sich bei Handumwendebewegungen, die zum Beispiel beim Auswringen eines Putzlappens oder beim Führen eines Besens gemacht würden. Mit den Schmerzen komme es reflektorisch zur Kraftlosigkeit. Die Schmerzen willentlich zu überwinden, ändere an dieser reflektorischen Kraftlosigkeit nichts. Eine angepasste Tätigkeit müsse hauptsächlich einhändig zu erledigen sein. Da für manuelle Tätigkeiten in der Regel beide Hände benötigt würden, sei durch den funktionellen Ausfall einer Hand eine deutliche Verminderung der Leistungsfähigkeit gegeben. Werde nun der verletzten, schmerzhaften Hand eine untergeordnete Einsatzfähigkeit wegen Bewegungseinschränkung zugestanden, müssten die zeitlichen Limitierungen und die verlängerten Erholungsphasen bei gelegentlichem Einsatz der verletzten Hand zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit dazu gerechnet werden. Eine Arbeitsfähigkeit von 50% sei zumutbar. Der funktionelle Ausfall der linken oberen Extremität betrage nach SUVA-Tabelle 50%.

E. 13

Schliesslich nahm Dr. I. auf Anfrage der IV-Stelle am 11. Dezember 2012 zum Hauptgutachten von Dr. H. vom 19. April 2012 hinsichtlich der diskrepanten Beurteilung der Handgelenkbeschwerden Stellung. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht bestünden aktuell keine Zeichen für einen Morbus Sudeck (CRPS Typ I). Die Diagnosekriterien seien mehrfach nicht erfüllt. Auf den Röntgenbildern bzw. den MRT-Bildern seien ebenfalls keine Anzeichen für ein CRPS sichtbar. Einzig eine Schwellung habe objektiviert werden können, was nicht für die Diagnose ausreiche. Ob nach dem Unfall und insbesondere nach der Operation ein verzögerter Heilverlauf und/oder allenfalls ein transientes Aufflammen eines CRPS Typ I, Grad I bestanden habe, sei nicht restlos geklärt, aber wahrscheinlich. Eine Einschränkung der Funktion könne somit für maximal zwölf Monate nach der Operation attestiert werden. Die Beurteilung der TFCC-Läsion durch den Handchirurgen Dr. H. sei absolut korrekt und nachvollziehbar. Eine TFCC-Läsion mit anschliessender Operation sei keine Bagatelle. Halte- und Drehbewegungen seien in dem Sinne limitiert, dass schwere Arbeiten nicht zumutbar seien. Mit der nicht dominanten Hand seien Hilfestellungen bei leichten bis mittelschweren

Arbeiten möglich. 14.1 Es stellt sich nun aufgrund der umfangreichen medizinischen Aktenlage die Frage, ob die TFCC-Läsion und das CRPS Typ I auf den Unfall zurückzuführen sind und die Zürich die Heilbehandlungskosten und Taggelder dafür auszurichten hat. Wenn dem so wäre, wäre der Fallabschluss per 31. Januar 2009 zu früh erfolgt. In Bezug auf die TFCC-Läsion decken sich die Meinungen der handchirurgischen Fachärzte des C. und von Dr. H., dass der Unfall vom 29. Dezember 2008 eine massgebende Rolle am Verletzungsbild gespielt habe und die Operation vom 29. Oktober 2009 unfallbedingt notwendig gewesen sei. Dabei ist unerheblich, dass der Unfall nicht die alleinige Ursache der Beschwerden war, eine Teilkausalität genügt. In diesem Sinne führte Dr. H. aus, dass vorbestehend von einer Ulnastyloidpseudarthrose auszugehen sei, welche nicht oder nur geringfügig symptomatisch gewesen sei. Der Unfallmechanismus mit maximal extendiertem ulnarduziertem Handgelenk erkläre die TFCC-Läsion. Dafür spreche auch das Hämatom praestyloidal und die Schwellung nach dem Unfall. Schliesslich sei durch die Arthro-CT das Ausmass der Verletzung bestätigt worden. Die zögerliche Abklärung der Handgelenkverletzung in der Annahme, es handle sich lediglich um eine banale Prellung habe dazu geführt, dass die Beschwerden erst spät behandelt worden seien. Diese gutachterlichen Ausführungen sind nachvollziehbar und schlüssig und decken sich mit den echtzeitlichen Berichten des C., weshalb darauf abgestellt werden kann. Soweit Dr. O. in seinem Bericht vom 21. Dezember 2009 geltend machte, dass die in der Arthro-CT festgestellte TFCC-Pathologie ätiopathogenetisch unklar bleibe und bei Nachweis eher als Zufallsbefund gelte, weshalb ein Zusammenhang mit dem Unfall nicht hergestellt werden könne, kann ihm nicht gefolgt werden. Insbesondere die Aussage, dass die Versicherte mit dieser Pathologie nicht hätte in der Lage sein können, zwei Unterarmgehstützen zur Entlastung ihres Körpergewichts zu verwenden, überzeugt nicht. Wie Dr. H. treffend darlegte, sei gerade die Tatsache, dass die Druckbelastung durch Aufstützen auf Amerikanerstöcken keine wesentlichen Schmerzen auslöse typisch für eine TFCC-Läsion, da die entsprechende Zugbelastung nicht bestehe. Schliesslich bestätigte auch Dr. I. in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012, dass an der handchirurgischen Beurteilung der TFCC-Läsion durch Dr. H. keine Zweifel bestünden. Somit ist - selbst wenn von einem Vorzustand auszugehen ist - der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der TFCC-Läsion zu bejahen. 14.2. Strittig ist weiter, ob die Diagnose eines CPRS Typ I zutreffend ist. Dr. G., die behandelnden Ärzte des C. sowie Dr. H. sind der Auffassung, dass sich ein solches nach der Operation entwickelt habe. Dr. H. vertritt zudem die Meinung, dass sich die Symptome eines CRPS Typ I bereits vorher entwickelt hätten. Ein Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und CPRS Typ I sei auf jeden Fall gegeben. Dr. I. führte in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 dazu aus, dass nicht restlos geklärt werden könne, ob ein CRPS Typ I nach dem Unfall bzw. nach der Operation den Heilverlauf beeinträchtigt habe, hält dies aber für wahrscheinlich. In Würdigung der übereinstimmenden echtzeitlichen Berichte des C. sowie der ausführlichen Auseinandersetzung des Spezialisten Dr. H. mit dem Thema ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich nach der Operation ein CPRS Typ I entwickelte, womit auch diesbezüglich der natürliche Kausalzusammenhang zum Unfallereignis zu bejahen ist.

E. 15

Somit steht fest, dass die Leistungseinstellung per Ende Januar 2009 und mithin einen Monat nach dem Unfall zu früh erfolgte. Es gilt als nachgewiesen, dass die geltend gemachten Handgelenkbeschwerden schwerwiegender waren als angenommen und der

Status quo sine bzw. der Status quo ante zum Zeitpunkt des verfügten Fallabschlusses noch nicht erreicht war. Es stellt sich die Frage, ob nun ein medizinischer Endzustand erreicht ist und damit der Zeitpunkt des Fallabschlusses bestimmt werden kann. Aus den medizinischen Berichten geht hervor, dass es sich bei der Operation der TFCC-Läsion nicht um einen banalen Eingriff handelte. Dies zeigte sich auch darin, dass der Heilverlauf nicht komplikationslos verlief und sich ein CPRS Typ I entwickelte. Zum Zeitpunkt des Gutachtens vom 11. Januar 2012 kamen Dr. I. und Dr. K. zum Schluss, dass die diskrete, nicht indurierte Schwellung des Handrückens links nicht ausreichend für die Aufrechterhaltung der Diagnose eines CRPS Typ I sei. In seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2012 ergänzte Dr. H. seine Ausführungen im Gutachten vom 12. April 2012 zum CRPS Typ I in dem Sinne, dass die akute Phase vorbei sei. Dies bestätigte Dr. I. in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 und fügte an, dass eine Einschränkung der Funktion des Handgelenkes demzufolge für maximal zwölf Monate nach der Operation attestiert werden könne. Gestützt auf diese medizinischen Ausführungen darf davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen von Dr. H. , Dr. I. und Dr. K. von einer wesentlichen Verbesserung der Handgelenksituation durch Heilbehandlungsmassnahmen nicht mehr auszugehen war, insbesondere da die akute Phase der Erkrankung abgeklungen war. Gestützt auf den zeitlichen Anhaltspunkt von Dr. I. darf angenommen werden, dass die Heilbehandlung Ende Oktober 2010 soweit abgeschlossen war, dass von einem Endzustand gesprochen werden kann. Desgleichen darf davon ausgegangen werden, dass für diese Heilungszeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Hinsichtlich der weiteren nach dem Unfall geltend gemachten linksseitigen Beschwerden, insbesondere der Kopf- und Genickschmerzen, Beinschmerzen, Hüftschmerzen und Fuss-schmerzen ist den Ausführungen im IV-Gutachten vom 11. Januar 2012 zu folgen. Gemäss Konsensbesprechung der Gutachter sei es seit der gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2009 zu keiner wesentlichen Verbesserung gekommen, womit ebenfalls spätestens Ende Oktober 2010 der Endzustand als eingetreten gilt. Weitere therapeutische Massnahmen werden denn auch nicht empfohlen. Die Beschwerden sind folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, die gesetzlichen Leistungen über den 31. Januar 2009 hinaus auszurichten, in dem sie bis zum 31. Oktober 2010 die Heilbehandlung zu übernehmen und Taggelder entsprechend einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszurichten hat. Im Weiteren hat sie nun unter der neuen Sachlage die Rentenfrage und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen und entsprechend neu zu verfügen. Aufgrund der Komplexität des Falles wäre es von Vorteil, die Rentenfrage in Koordination mit der IV-Stelle zu prüfen.

E. 16

Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung bei Dr. H. in Höhe von Fr. 6'000.--werden der Beschwerdegegnerin auferlegt (vgl. BGE 137 V 210, E. 4.4.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2013, 8C_984/2012).

E. 17

Gemäss Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Rechtsvertreter macht gemäss aktueller Honorarnote vom 31. Mai 2013 28 Stunden à Fr. 250.-- Stunden geltend. Darunter sind 105 Minuten für die Urteilsberatung und die Nachbesprechung mit der Klientin aufgeführt. Rechtsprechungsgemäss sind 60 Minuten für die Nachbesprechung zu gewähren. Eine Teilnahme an der Urteilsberatung wird nicht vorausgesetzt, weshalb 45 Minuten zu streichen sind. Weiter werden 1.25

Stunden à Fr. 166.-- Volontärsarbeit geltend gemacht. Der Stundenansatz für Volontärinnen und Volontäre beträgt praxisgemäss Fr. 140.--. Der Stundenansatz ist demnach zu kürzen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Rechtsvertreter eine reduzierte Parteientschädigung in Höhe von Fr. 8'427.05 (in Berücksichtigung eines Aufwandes von 28 Stunden und 15 Minuten à Fr. 250.-- und eines Aufwandes von 1.25 Stunden à Fr. 140.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 542.-- und 8% Mehrwertsteuer) auszurichten. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Beschwerden wird der Einspracheentscheid der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 4. Januar 2011 aufgehoben und diese verpflichtet, die gesetzlichen Leistungen über den 31. Januar 2009 hinaus zu erbringen. Bis 31. Oktober 2010 hat sie die Heilbehandlung zu übernehmen und Taggelder auszurichten. Einen Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung hat sie im Sinne der Erwägungen zu prüfen und darüber neu zu verfügen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung bei Dr. med. H. in Höhe von Fr. 6'000.-- werden der Zürich Versicherungs-Gesellschaft auferlegt. 4. Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin A. eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 8'427.05 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdegegnerin am 12.09.2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_629/2013) erhoben.

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