

FR_GERICHTE 605 2020 175 vom 24. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_175

FR: FR_GERICHTE 605 2020 175 du 24 juin 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 175 del 24 giugno 2021

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 7. September 2020 gegen den Einspracheentscheid der Zürich vom 3. Juli 2020 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli bis 15. August (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zur Anwendung kommt) fristgerecht durch eine ordentlich bevollmächtigte Rechtsvertreterin bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie auch über den 30. Mai 2008 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Da der Fall der Beschwerdeführerin bereits einmal vom Kantonsgericht beurteilt wurde, welches die Beschwerde mit Urteil vom 22. März 2012 gutgeheissen, den angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Angelegenheit an die Zürich für die Vornahme einer polydisziplinären Abklärung unter Beizug eines auf CRPS Typ I spezialisierten Facharztes, zur Klärung der Frage, ob die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden ab dem 31. Juli 2008 entfällt, zurückgewiesen hat, stellt sich vorfrageweise die Frage der Bindungswirkung.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 15

E. 2.1

Die materielle Rechtskraft eines gerichtlichen Entscheides erstreckt sich auf das, was Streitgegenstand des Verfahrens gebildet hat und materiell gewürdigt und entschieden worden ist. Inwiefern ein (erster) Rückweisungsentscheid die Verwaltungsbehörde – und im Falle einer erneuten Anfechtung auch die kantonale Rechtsmittelinstanz – bindet, ergibt sich aus dem Urteilsdispositiv und den erklärenden Erwägungen. Folglich sind auch die Motive, auf welche sich das Dispositiv seinem rechtlichen Gehalt nach abstützt, für die Behörde, an welche die Sache zurückgeht, verbindlich (Urteil BGer 9C_472/2013 vom 2. Dezember 2013 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange über den Streitgegenstand als solchen nicht formell rechtskräftig entschieden worden ist, verbietet sich aber grundsätzlich die Annahme, einzelne Elemente der streitigen Sache seien bereits formell und materiell rechtskräftig erledigt (Urteil BGer 9C_1027/2012 vom 30. April 2013 E. 3 mit Hinweisen).

E. 2.2

Die Erwägungen im rechtskräftigen Urteil des Kantonsgerichts vom 22. März 2012 sind grundsätzlich sowohl für die Zürich wie auch für das Kantonsgericht verbindlich. Davon zu unterscheiden ist die materielle Rechtskraft. Deren Annahme verbietet sich, sofern, soweit und solange über das strittige Rechtsverhältnis – der Leistungsanspruch aus UVG der Beschwerdeführerin – nicht insgesamt abschliessend entschieden wurde. In seinem Urteil hielt das Kantonsgericht fest, die Zürich habe vor der Leistungseinstellung keine umfassende medizinische Beurteilung vorgenommen. Insbesondere sei die fachärztlich wohl nicht grundlos gestellte Verdachtsdiagnose eines CRPS vollständig ungeklärt geblieben. Das Gericht sei daher nicht in der Lage, schlüssig zu beurteilen, ob die natürliche Unfallkausalität für die nach wie vor geklagten Beschwerden ab Ende Juli 2008 tatsächlich entfallen seien. Dies umso weniger, als pathologische somatische Befunde im Bereich von HWS, Schulter und rechter oberer Extremität durch verschiedene Fachärzte erhoben werden konnten, ohne dass dafür konkrete unfallfremde Ursachen erkennbar gewesen seien, welche ab Juli 2008 allein verantwortlich für das gesamte Beschwerdebild waren. Diese pathologisch somatischen Befunde seien vollständig ungeklärt geblieben. Es rechtfertige sich deshalb, die Angelegenheit zur ergänzenden umfassenden Prüfung der Frage, ob die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden per 31. Juli 2008 entfalle, wofür die Zürich die Beweislast trage, an diese zurückzuweisen. Ob die Unfallkausalität weggefallen sei, sei dabei mittels polydisziplinärer medizinischer Abklärung im Sinne der Erwägungen zu klären, unter Beizug eines auf CRPS Typ I spezialisierten Facharztes.

E. 2.3

Am 14. Dezember 2016 (UV-Akten Z124) gab die Zürich beim G._____ ein Gutachten in Auftrag. Sie wies bei der Gutachtenvergabe darauf hin, dass das CRPS gemäss der Rechtsprechung (mit Verweis auf das Urteil BGer 8C_955/2008 vom 29. April 2009 E. 6) zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen zähle, weshalb zumindest die Disziplinen Neurologie sowie die Orthopädie oder die orthopädische Chirurgie zu berücksichtigen seien. Am 26. Januar 2017 (UV-Akten Z126) bestätigte das G._____ eine Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin kritisiert, bis heute seien die durch das Kantonsgericht geforderten medizinischen Abklärungen nicht durchgeführt worden. Dabei sei es insbesondere um die Frage gegangen, ob nach der Leistungseinstellung ein CRPS Typ I vorgelegen habe. Die Zürich habe zwar beim G._____ ein Gutachten in Auftrag gegeben, dieses habe indessen die Frage, ob ein CRPS bestanden habe, explizit offengelassen. Gemäss dem orthopädischen Gutachter bestehe heute kein CRPS mehr. Jedoch handle es sich bei ihm nicht um einen Spezialisten für CRPS. Der neurologische Gutachter seinerseits erkläre, es sei nicht mit Sicherheit zu beurteilen, ob früher ein CRPS vorgelegen habe. Ferner erachte er sich nicht als CRPS Spezialist. Die Zürich habe deshalb bis anhin keinen Spezialisten für CRPS I beigezogen.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 15 Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18.

September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Bereits deshalb erscheint die Untersuchung sowohl durch einen Orthopäden als auch einen Neurologen als korrekt, um fundiert Aussagen zum Vorliegen eines CRPS zu machen. Ferner wurde das gleiche Argument vom damaligen Rechtsvertreter im IV-Verfahren bezüglich des Gutachtens der E. _____ vorgebracht. In seinem rechtskräftigen Urteil vom 18. August 2016 E. 2c f. hat indessen das Kantonsgericht umfassend dargestellt, dass anlässlich der Begutachtung durch die E. _____ mit der Rheumatologie und der Neurologie die richtigen medizinischen Fachrichtungen beigezogen worden seien, um die Diagnose eines CRPS I verlässlich zu stellen oder zu verneinen. Zumal gemäss dem Ärzteverzeichnis der FMH (www.doctorfmh.ch) gar keine eigentliche Spezialisierung (Schwerpunkt und Fähigkeitsausweis) im Bereich des CRPS existiere. Auf diese Ausführungen kann verwiesen werden. Der Umstand, dass vorliegend nicht ein Rheumatologe, sondern ein Orthopäde zum Zug kam, führt nicht zu einem anderen Ergebnis, da sowohl die Rheumatologie als auch die Orthopädie (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates zum Gegenstand haben (Urteil BGer 9C_688/2015 vom 16. Februar 2017 E. 3.5).

E. 2.5

Damit ist die Zürich den vom Kantonsgericht im Urteil vom 22. März 2012 gemachten verbindlichen Anordnungen zur Spezialisierung der Fachärzte ohne weiteres nachgekommen, wurden doch bei der Begutachtung durch das G. _____ mit der Orthopädie und der Neurologie die richtigen medizinischen Fachrichtungen beigezogen, um die Diagnose eines CRPS I verlässlich zu stellen oder zu verneinen. Das Argument der Beschwerdeführerin, es sei kein auf CRPS I spezialisierter Facharzt beigezogen worden, erweist sich somit als unbegründet. Ebenfalls nicht gehört werden kann der Vorwurf, die Beschwerdeführerin habe zunächst von der H. _____ begutachtet werden sollen, diese Begutachtung habe jedoch nie stattgefunden, weil die Zürich plötzlich an der Unabhängigkeit dieser Klinik gezweifelt habe. So war es der damalige Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, der in der gleichen Kanzlei arbeitet wie die aktuelle Rechtsvertreterin, welcher am 15. September 2016 (UV-Akten Z120) Zweifel an der Unabhängigkeit der besagten Klinik äusserte. Die Zürich war am 14. November 2016 (UV-Akten Z121) mit dieser Sichtweise nicht einverstanden, erklärte sich aber dennoch bereit, die Beschwerdeführerin beim G. _____ begutachten zu lassen. Diese Begutachtungsstelle hatte der damalige Rechtsvertreter in einem Schreiben vom 7. Juni 2016 (UV-Akten Z108) als zweite Wahl vorgeschlagen, sollte die Begutachtung in der H. _____ nicht möglich sein.

E. 3

Die Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang, zur Beweislast zu Lasten des Unfallversicherers hinsichtlich der Begründung des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen sowie zur Beweismündigung wurden bereits im Urteil des Kantonsgerichts vom 22. März 2012 in E. 3 ausführlich dargelegt, worauf verwiesen wird. Zu präzisieren ist, dass weitere Abklärungen zum natürlichen Kausalzusammenhang unterbleiben können, wenn die adäquate Kausalität der organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden ohnehin zu verneinen ist (Urteil 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2). Untersuchungsergebnisse sind objektivierbar, wenn sie reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht

erforderlich erscheinen liesse. Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststel-

Kantonsgericht KG Seite 6 von 15 lung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befun- de mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfall- kausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezo- gene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwen- dung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätz- lich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (Urteil BGer 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 2.1 mit Hinweisen). Weiter darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rech- nung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedin- gungslos zu akzeptieren (Urteil BGer 9C_337/2017 27. Oktober 2017 E. 3.3.6 mit Hinweisen). Schliesslich besteht im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwal- tung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67).

E. 4

Zunächst ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung hat.

E. 4.1

In einem ersten Punkt bringt sie vor, es liege kein Nachweis für den Wegfall der Unfallkausa- lität vor. Der Zürich gelinge der Beweis, dass nach der Leistungseinstellung vom 30. Mai 2008 kein CRPS vorgelegen habe, nicht, weshalb eine Leistungseinstellung frühestens mit dem Vorliegen des Gutachtens des G. _____ vom 26. April 2017 erfolgen könne. Weiter kritisiert sie, die Leistungseinstellung sei erfolgt, trotz pathologischer somatischer Befunde. Solche seien erhoben worden, was auch das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 22. März 2012 festgehalten habe. Das Gutachten des G. _____ setzte sich nicht mit diesen auseinander. Sämtli- che Berichte der behandelnden Ärzte aus der Zeit nach dem Unfall sprächen für das Vorliegen eines CRPS. Heute leide sie an einem chronischen CRPS, welches sich aus dem damaligen CRPS entwi- ckelt habe, weshalb jenes im Zusammenhang mit dem Unfall gesehen werden müsse. Ferner könne generell

nicht auf das Gutachten des G. _____ abgestellt werden. So stellten die Gutachter beispielsweise fest, der Arm der Beschwerdeführerin bleibe stets am Oberkörper haften. Dies könnte einerseits auf Schmerzen zurückgeführt werden. Andererseits würden viele Patienten mit einem CRPS von einem Gefühl der "Fremdheit" gegenüber eigener Körperteile berichten. Mit dieser Problematik würden sich die Gutachter nicht weiter auseinandersetzen, sondern würden dies als Inkonsistenz werten, was auf eine starke Voreingenommenheit deuten lasse. Überdies gebe es Widersprüche zwischen dem Gutachten des G. _____ und den übrigen Gutachten. Sowohl im

Kantonsgericht KG Seite 7 von 15 Gutachten der E. _____ als auch in jenem der D. _____ werde von einer um 30% eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausgegangen. Dies werde von der Zürich nicht berücksichtigt, obwohl sie für die Verneinung des CRPS auf das Gutachten der E. _____ verweise.

E. 4.2

Die Zürich stütze sich für ihre Entscheidung auf das Gutachten des G. _____ vom 26. April 2017 (UV-Akten ZM45). In ihrem Konsilium nannten die Gutachter folgende Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4), Aktenanamnestisch schwere depressive Episode in der Vorgeschichte (F43.4), chronisches Schmerzsyndrom brachiocephal sowie am rechten Bein mit funktionellen motorischen Paresen auf der rechten Körperseite i. S. einer dissoziativen Bewegungsstörung ohne objektiv fassbare Befunde i. S. einer cerebralen, spinalen, radikulären bzw. peripher-neurogenen Läsion, Status nach Treppensturz mit Kopf-, Nacken- und Schulterprellung am 21. November 2007, Status nach oberer Armplexusläsion 1973 mit residuellen motorischen Paresen der Schulter-Oberarmmuskulatur links, Adipositas (BMI 33). Weiter hielten die Gutachter fest, am 21. November 2007 habe die Beschwerdeführerin bei einem Treppensturz eine Kontusion beider Handgelenke, des Nackens und der Wirbelsäule erlitten. Gleitend sei auf der Notfallstation des I. _____ bildgebend an beiden Handgelenken, an der HWS, BWS und LWS keine Hinweise auf posttraumatische Läsionen festgestellt worden. Zwei Monate nach dem Unfall sei wegen diffusen Schmerzen eine Untersuchung durch Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, erfolgt, welcher keine Hinweise auf eine periphere Nervenläsion fand. Einen Monat später habe Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, keine objektivierbaren Befunde beschrieben. Es fand sich kein Hinweis auf ein CRPS. Im weiteren Verlauf habe der ehemalige Hausarzt, Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Beschwerdeführerin an die Schmerztherapie im I. _____ überwiesen. Dr. med. M. _____, Facharzt für Anästhesiologie (Deutschland), habe angesichts des Verlaufs mit persistierendem Schmerzsyndrom und therapierefraktärer Situation die Verdachtsdiagnose eines CRPS erwogen und einen Monat später eine Plexusblockade durchgeführt. In einer Verlaufskontrolle einen Monat später habe Dr. med. M. _____ nicht erneut eine Untersuchung vorgenommen, sondern die Überweisung in eine psychiatrische Behandlung erwogen. Das F. _____ erwähne zwar als Differentialdiagnose ein CRPS, es fänden sich hierfür aber keine klinischen objektivierbaren Befunde. Wie bereits bei der D. _____ hätten sich auch bei der E. _____ keine Hinweise auf ein CRPS ergeben. Von internistischer Seite bestehe einzig eine Adipositas. Unfallbedingte Diagnosen lägen keine vor. Auffällig sei, dass während der klinischen Untersuchung der rechte Arm nicht eingesetzt worden sei und dieser in leicht angewinkelter Stellung permanent am Körper klebe und auch beim Bücken nicht in

Richtung Boden pendelte, wie es bei einer echten Lähmung zu erwarten sei. Von orthopädischer Seite sei ebenfalls auffällig, dass der rechte Arm in der klinischen Untersuchung nicht eingesetzt worden sei und immerzu am Körper angeschmiegt blieb. Die intrinsische Handmuskulatur und auch die Handbeschwellung waren symmetrisch, es fanden sich keine Temperaturunterschiede, keine Auffälligkeiten der Schweißsekretionen, keine relevante Verfärbung der rechten Hand, weshalb klinisch ein CRPS gesichert nicht diagnostiziert werden könne. Im durchgeführten 2-Phasen-Ganzkörper-Skelettszintigramm vom 30. März 2017 zeigten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS des rechten Armes, keine Mehrbelegung in der Weichteil- oder in der Knochenstoffwechselphase. Es sei erstaunlich, dass angesichts der neunjährigen demonstrierten Nichtinanspruchnahme des rechten Armes sich im Arthro-MRI der rechten Schulter vom 5. September 2016 keine Hinweise auf Muskelatrophien und auch sonst keine relevanten Schonungszeichen im Bereich der rechten oberen Extremität fanden, bei symmetrischer Trophik rechts zu links. Unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage und der aktuellen klinischen sowie paraklinischen Befun-

Kantonsgericht KG Seite 8 von 15 de lasse sich aus orthopädischer Sicht bezüglich des rechten Armes keine Unfalldiagnose mit Folgeproblematik ableiten. Es sei von einem Treppensturz mit HWS- und Armkontusion auszugehen. Von neurologischer Seite fanden sich klinisch ebenfalls keine Hinweise auf ein CRPS und rein unfallkausal lagen keine Residuen vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe analog zum Gutachten der E. _____ weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine dissoziative Bewegungsstörung, beides im Bereich der rechten Körperhälfte, armbetont. Hinsichtlich der Budapest-Kriterien könne rein theoretisch das Kriterium des Schmerzes als erfüllt angegeben werden, dabei handle es sich aber um ein sehr unspezifisches Kriterium, da nicht erklärbare Schmerzen auch bei anderen Unfallereignissen auftreten würden, ohne dass es zu einem CRPS komme. Beim Kriterium 2 und 3 könnten jeweils nur ein Symptom bejaht werden. Zum letzten Kriterium notierten sie, die Ausdehnung und der Charakter der Kraftminderung lasse sich nicht mit einem CRPS erklären. Es handle sich um eine nicht-somatische Problematik (dissoziative Störung). Das Vorliegen eines CRPS wurde von ihnen auch unter Anwendung der von der Rechtsprechung genannten Kriterien verneint. So seien Körperschäden nach dem Unfall nicht dokumentiert worden, unfallfremde Faktoren lägen aus somatischer Sicht nicht vor und während der Latenzzeit von acht Wochen werde von keinem der Ärzte der Befund eines CRPS beschrieben. Aus somatischer Sicht lägen keine Unfallfolgen mehr vor. In psychischer Sicht bestehe ein möglicher Zusammenhang. Es sei davon auszugehen, dass sechs Monate nach dem Unfall vom 21. November 2007 der Status quo ante aus somatischer Sicht erreicht war. Die von Dr. med. M. _____ gestellte Verdachtsdiagnose eines CRPS könne heute weder ausgeschlossen noch bestätigt werden. Die damals erhobenen klinischen Befunde seien mangelhaft, er verweise lediglich auf eine marmorisierte und kaltschweissige Hand, wobei er aber auch eine panische Angst vor Beginn der Plexus-Katheterintervention erwähne. Die unmittelbar nach der Intervention beschriebene Besserung der Zirkulation und in geringer Weise auch der Schmerzen sei kein klarer Beweis für ein CRPS. Zudem habe er einen Monat nach der Plexusanästhesie eine psychiatrische Behandlung empfohlen, was beim Vorliegen eines CRPS üblicherweise nicht der Fall sei, da vielmehr die somatische Behandlung im Vordergrund stehe, weshalb mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass er einen Monat nach der Katheterintervention seine Verdachtsdiagnose revidiert und als Ursache eine psychogene Problematik vermutet habe. Insgesamt habe in den ersten drei Monaten nach dem Unfall

eine volle Arbeitsunfähigkeit, dann bis zum sechsten Monat eine solche von 50% bestanden.

E. 4.3

Wie soeben dargelegt, haben sich die Gutachter eingehend mit der Frage, ob ein CRPS vorgelegen hat, auseinandergesetzt. Sie nahmen eine Analyse der Akten vor und haben sowohl die Budapest-Kriterien als auch die Kriterien der Rechtsprechung besprochen. Zwar erwähnten sie, ob die von Dr. med. M. _____ gestellte Verdachtsdiagnose eines CRPS vorgelegen habe, könne heute weder ausgeschlossen noch bestätigt werden, um sogleich zu erklären, ein CRPS sei auch gemäss der damaligen Aktenlage nicht gesichert. Dem ist beizupflichten. Die Gutachter des G. _____ weisen zu Recht darauf hin, dass sich in den unfallnahen Unterlagen keine Hinweise auf ein CRPS ergeben. Für die Annahme eines CRPS ist es zwar nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist jedoch, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach

Kantonsgericht KG Seite 9 von 15 dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen), was hier nicht der Fall ist. Dr. med. J. _____ hielt am 14. Januar 2008 (UV-Akten ZM2a) fest, es liege keine periphere Läsion vor. Dr. med. N. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des O. _____ (Bericht vom 11. März 2008; UV-Akten ZM40) erklärte, es gebe keine Hinweise auf eine orthopädische Ursache der Beschwerden und überwies die Beschwerdeführerin an Dr. med. K. _____, Facharzt für allgemeine innere Medizin und Rheumatologie des O. _____. Dieser gab am 17. März 2008 (UV-Akten ZM25) an, es sei von einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit schmerzbedingter funktioneller Parese des rechten Armes ohne organisches Korrelat auszugehen, begünstigt wahrscheinlich durch eine psychosoziale Belastungssituation (v. a. finanzielle Schwierigkeiten). Weiter erwähnte der damalige Hausarzt am 26. März 2008 (UV-Akten ZM3), mithin vier Monate nach dem Unfall, einzig eine Kontusion von Kopf, Nacken und Schulterbereich sowie einen äusserst protrahierten Verlauf mit persistierenden Schmerzen, insbesondere auch Schmerzausstrahlung in den rechten Arm mit deutlicher Kraftminderung. Jedoch ergeben sich aus keinem dieser Berichte Hinweise auf ein CRPS. Dieser Verdacht wurde erst am 23. April 2008 (UV-Akten ZM15) von Dr. med. M. _____ geäussert. Jedoch beschrieb er weder Symptome noch die Klinik eines CRPS. Am 7. Mai 2008 (UV-Akten ZM16) bestätigte er seinen Verdacht. Die von ihm vorgesehene Plexusblockade musste wegen panischer Angst der Beschwerdeführerin abgebrochen werden. Die vorher marmorierete, kalt-schweissige Hand und Arm seien eindeutig warm und gut durchblutet, die Marmorierung sei komplett verschwunden. Ebenso habe sich die Halsbeweglichkeit enorm verbessert. Am 21. Mai 2008 (UV-Akten ZM12) bestätigte er erneut seinen Verdacht auf ein CRPS, ohne dies weiter zu begründen. Am 11. Juni 2008 (UV-Akten ZM17) gab er an, da die Behandlung bis anhin nicht erfolgreich gewesen sei, müsse nun auf die Psyche fokussiert werden. Der ehemalige Hausarzt äusserte erst anlässlich eines Telefongesprächs mit dem Sachbearbeiter der Zürich vom 20. August 2008 (UV-Akten Z40) den Verdacht auf ein CRPS. Dies bestätigte er am

E. 4.4

Damit kam es beim Unfall vom 21. November 2007 einzig zu einer Kontusion beider Handgelenke, des Nackens und der Wirbelsäule, wie von den Gutachtern festgehalten. Aus den bildgebenden Untersuchungen gerade nach dem Unfall ergaben sich keine Hinweise auf Frakturen oder Luxationen. Gemäss der digitalen Radiographie der Wirbelsäule sowie der Handgelenke vom 22. November 2007 (UV-Akten ZM39) fanden sich nur leichte degenerative Veränderungen namentlich zervikal und lumbal. Das G. _____ hat sich sehr wohl mit den erhobenen Befunden auseinandergesetzt. Der orthopädische Gutachter gab an, die aktive Schulterbeweglichkeit werde rechts in allen Ebenen als aufgehoben präsentiert, passiv sei die Beweglichkeit in Anteversion und Abduktion schmerzbedingt und bei erheblichem Gegenspannen stark eingeschränkt. Die passive Beweglichkeitsüberprüfung der rechten Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke gehe einher mit massiver Beschwerdeangabe, akzentuiert im rechten Handgelenk. Erstaunlich sei, dass sich keine relevanten Schonungszeichen im Bereich der rechten oberen Extremität finden lassen bei ausgemessenen symmetrischer Muskeltrophik rechts zu links, auch die intrinsische Handmuskulatur und die Handbeschwielung sei symmetrisch rechts zu links. Ferner hätten sich im Arthro-MRI der rechten Schulter vom 5. September 2016 kräftige Muskelbäuche der Rotatorenmanschettenmuskeln dargestellt, was nicht in Einklang gebracht werden könne mit einer neunjährigen, konsequenten, heute so demonstrierten Nichtinanspruchnahme respektive Schonhaltung der rechten oberen Extremität. Sollte es effektiv so sein, wie den vorliegenden Berichten wie auch den heutigen Aussagen der Versicherten zu entnehmen sei, dass der

Kantonsgericht KG Seite 11 von 15 aktuelle Gesundheitszustand seit dem Unfall unverändert sei, müsse aus orthopädischer Sicht davon ausgegangen werden, dass der Endzustand von Seiten der rechten Schulter spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis erreicht war: Weder fand sich damals unmittelbar nach Unfallereignis klinischbildgebend eine frische traumabedingte Läsion, noch fänden sich heute, neun Jahre nach dem Unfall, klinisch-bildgebend relevante schonungsbedingte oder sekundär-degenerative/-post-traumatische Veränderungen. Da sich im Bereich der rechten Schulter aus orthopädischer Sicht keine relevante Pathologie feststellen lasse, würde hierdurch auch keine Funktionsstörungen resultieren. Zudem ist daran zu erinnern, auch wenn pathologische Befunde nach dem Unfall erhoben wurden, nicht automatisch davon ausgegangen werden kann, dass bis zu deren Abklingen eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht, sondern eben nur so lange, als diese unfallkausal sind. Trotz umfangreichen Abklärungen konnte nie eine genaue somatische Ursache für die beklagten Beschwerden gefunden werden. So gab beispielsweise der Neurologe Dr. med. J. _____ wiederholt an, es finde sich keine neurologische bzw. organische Ursache der Beschwerden (vgl. Berichte vom 14. Januar 2008 [UV-Akten ZM2a], 8. Juli 2008 [UV-Akten ZM42], 23. Dezember 2008 [UV-Akten ZM23], 15. September 2009 [UV-Akten ZM42] sowie 11. Februar 2014 [UV-Akten ZM42]). Ferner ergeben sich aus den Akten regelmässig Hinweise auf ein psychiatrisches bzw. funktionelles und somit nicht somatisches Leiden. Wie gesehen, ging Dr. med. K. _____ bereits am 17. März 2008, vier Monate nach dem Unfall, von einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit schmerzbedingter funktioneller Parese des rechten Armes ohne organisches Korrelat aus, begünstigt wahrscheinlich durch eine psychosoziale Belastungssituation. Weiter nannte die S. _____ am 29. April 2009 (UV-Akten ZM26) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.31) und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23), die T. _____ am 24. Juni 2009

(UV-Akten ZM27) eine funktionellen Armparese rechts und Dr. med. U._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 2. Februar 2009 (UV-Akten ZM19) eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und schwerer Somatisierung. Die Ärzte des Q._____ gingen am 23. November 2009 (UV-Akten ZM38) ebenfalls von einer psychiatrischen Problematik aus und stellten im weiteren Verlauf regelmässig psychiatrische Diagnosen (vgl. z. B. Berichte vom 18. Februar 2010 [UV-Akten ZM42] und 27. Februar 2012 [UV-Akten ZM24]), zuletzt am 18. Mai 2012 (UV-Akten ZM42) mit der Angabe einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41), Differentialdiagnose zentrale Schmerzverarbeitungsstörung, CRPS unwahrscheinlich (aktenanamnestisch kein Ansprechen auf Plexusinfiltration), einem hochgradigen Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörung des linken Arms (F44.4) im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) und darauf hinwies, es brauche eine intensive psychiatrische Weiterbehandlung. Im Gutachten der D._____ vom 25. Juni 2010 wurden zwar die im Vorfeld gestellten psychiatrischen Diagnosen als remittiert oder nicht nachvollziehbar erachtet. Jedoch wurden im Gutachten der E._____ vom 6. Dezember 2012 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine Konversionsstörung (dissoziative Störung der Bewegung; F44.4) festgehalten. Diese Diagnosen wurden vom G._____ bestätigt. Weiter hatte Dr. med. V._____, Facharzt für Neurologie (Österreich), am 6. Oktober 2017 (UV-Akten ZM46) den Verdacht auf eine psychogene Bewegungsstörung erhoben und bestätigte damit, wie es das G._____ in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2018 (UV-Akten Nr. 12) zu Recht festhielt, im Vordergrund stehe eine funktionelle und somit eine nicht-organische Problematik. Ebenfalls Dr. med. W._____, Facharzt für Neurologie, ging am 19. April 2018 (UV-Akten Nr. 5) von einem unklaren sensomotorischen Hemisyndrom rechts und funktioneller Bewe-

Kantonsgericht KG Seite 12 von 15 gungsstörung bei Hemisyndrom rechts mit psychogener Ausgestaltung aus und empfahl eine psychotherapeutische Behandlung. Weiter ist es von Interesse, dass rein bezüglich der weiterhin beklagten Nackenschmerzen diese gemäss Dr. med. W._____ bei entsprechenden degenerativen Veränderungen gemäss einem MRI der HWS vom 19. März 2018 (UV-Akten Nr. 7) lokal erklärbar seien (vgl. Bericht vom 19. April 2018; UV-Akten Nr. 5). Diese sich offenbar seit dem Unfall weiter entwickelten degenerativen Veränderungen (vgl. etwa Bericht des Q._____ vom 25. März 2010 [UV-Akten ZM29] mit der Angabe von breitbasigen Discushernien C4/5 und C5/6, bei C5/6 rechtsseitig könne die vorbeiziehende C7er Wurzel kompromittiert sein) sind nicht unfallkausal, da gerade nach dem Unfall keine Fraktur/Luxation im HWS-Bereich festgestellt worden waren.

E. 4.5

Was die übrige Kritik am Gutachten der G._____ betrifft, haben sich die Gutachter sehr wohl mit dem am Körper haftenden Arm auseinandergesetzt. Der Internist und der Orthopäde weisen explizit darauf hin (vgl. hierzu bereits E. 4.2). Weiter stellten beide Experten Inkonsistenzen fest. Bei der Untersuchung fiel auf, dass der Arm auch beim Bücken am Körper haften blieb und nicht frei in der Luft pendelte, wie es bei einer Lähmung zu erwarten wäre. Ferner stehe der Umstand, dass sich im Arthro-MRI der rechten Schulter vom 5. September 2016 keine Hinweise auf Muskelatrophien und sonstige relevante Schonungszeichen im Bereich der rechten oberen Extremität fanden, klar im Widerspruch zur demonstrierten und angegebenen langjährigen Nichtbenutzung des rechtes

Armes. Dabei handelte es sich um objektive Feststellungen und dies kann nicht als eine Voreingenommenheit gegenüber der Beschwerdeführerin interpretiert werden. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. med. X. _____, Facharzt für Anästhesiologie, am 29. Juni 2015 (UV-Akten ZM37) erklärte, es fänden sich am nun mittlerweile seit sieben Jahren paretischen Arm keinerlei Muskelatrophien im Vergleich zur linken Seite, wo der durch eine Plexusläsion vor Jahren atrophe Deltoideus deutlich auffalle. Weiter besteht kein Widerspruch darin, dass die Gutachter des G. _____ nicht von einer dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen sind und demgegenüber in den Gutachten der D. _____ und des E. _____, beide im Rahmen des parallelen IV-Verfahrens erstellt, jeweils von einer Einschränkung von 30% ausgegangen wurde. Dies begründet sich bereits damit, dass im Rahmen der Unfallversicherung eben nur die unfallkausalen Beschwerden, wohingegen bei IV-Gutachten alle Beschwerden zu berücksichtigen sind. Insofern hier aus somatischer Sicht der Status quo ante nach sechs Monaten erreicht war und für die nicht objektivierbaren Beschwerden der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist, ergibt sich eben gerade keine langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt gibt es am ausführlichen und überzeugenden Gutachten des G. _____ nichts auszu- setzen. Dieses erfüllt ferner die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar. 5. Weiter ist die Beschwerdeführerin nicht einverstanden mit der Verneinung der Adäquanz. Das CRPS sei über das Datum der Leistungseinstellung aktiv gewesen, weshalb diesbezüglich kein Raum bestehe für eine Adäquanzbeurteilung, zumal ein CRPS nicht zu den psychischen Beschwerden gehöre. Auch könne nicht gehört werden, dass die psychischen Beschwerden auf eine selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung zurückführen seien. Vielmehr sei die Konversionsstörung eindeutige Folge des CRPS. Sollte dennoch die Psycho-Rechtsprechung zur Anwendung kommen,

Kantonsgericht KG Seite 13 von 15 sei von einem schweren Fall eines mittelschweren Unfalles auszugehen. Hinsichtlich der Kriterien liege eine übermässig lange Behandlungsdauer vor, da das CRPS noch heute behandelt werden. Anstatt das 2008 diagnostizierte CRPS zu behandeln, sei sie immer wieder an weitere Ärzte verschoben worden, was als Fehlbehandlung zu beurteilen sei. Überdies sei es zu Komplikationen gekommen. So habe sie nach Anlage eines Schmerzkatheters durch ihren behandelnden Arzt, Dr. med. M. _____, zu einer allergischen Reaktion gekommen. 5.1. Erneut ist darauf hinzuweisen, dass ein CRPS nicht vorliegt. Demgegenüber gelang es trotz umfangreichen Abklärungen nie, eine somatische Ursache der Beschwerden zu finden. Vielmehr ist, wie dargestellt, von nicht objektivierbaren Beschwerden auszugehen. Insofern es hier nicht zu einem Schleudertrauma gekommen ist, kommt damit die Psycho-Praxis zur Anwendung. 5.2. Gemäss dieser ist zu unterscheiden nach der Schwere des Unfalls, wobei die Unfallschwere aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen ist. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.2 mit Hinweis namentlich auf BGE 140 V 356 E. 5.1). Bei banalen und leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres

verneint und bei schweren Unfällen in der Regel bejaht werden. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier müssen weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden (BGE 115 V 133 E. 6). Bei mittleren Unfällen müssen drei der Adäquanzkriterien und bei schweren Unfällen an der Grenze zu den leichten deren vier erfüllt sein (Urteile BGer 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 sowie 8C_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). Ferner sind bei der Anwendung der Kriterien der Psycho-Praxis die psychischen Aspekte nicht zu beachten (Urteil BGer 8C_390/2011 vom 10. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen). Ebenso sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (Urteil BGer 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). 5.3. Die Züricherin ging in ihrer Verfügung vom 17. Juni 2019 (UV-Akten Nr. 30), auf welche im hier streitigen Einspracheentscheid für die Details zur Adäquanz verwiesen wurde, davon aus, dass keines der Adäquanz-Kriterien erfüllt sei. Sie nahm keine Einteilung der Schwere des Unfalls vor.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 15 Die Beschwerdeführerin rutschte am 21. November 2007 auf einer Treppe aus, stürzte und schlug dabei mit Nacken, Rücken und rechter Hand auf dem Treppenlift auf. Die beiden ersten Kriterien sind ohne weiteres zu verneinen. Weder lagen beim Sturz dramatische Begleitumstände vor, noch war der Unfall von besonderer Eindrücklichkeit. Ebenso ist aufgrund der erlittenen Kontusionen nicht von schweren bzw. von einer besonderen Art der erlittenen Verletzungen auszugehen. Hinsichtlich der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung erklärt die Beschwerdeführerin, das CRPS werde weiterhin behandelt. Insofern eine solche Störung nicht vorliegt, kann dies nicht gehört werden und das Kriterium ist zu verneinen. Wegen den weiteren Abklärungen kann ebenfalls nicht von Fehlbehandlungen gesprochen werden. Hinsichtlich der angegebenen allergischen Reaktion nach Anlage des Schmerzkatheters ist festzuhalten, dass sich dies einzig aus den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch das G. _____ stützt, sich diesbezüglich in den Berichten von Dr. med. M. _____ jedoch keinerlei entsprechenden Hinweise ergeben. Doch selbst wenn es zu einer solchen Reaktion gekommen sein sollte, kann darin nicht eine erhebliche Komplikation gesehen werden, weshalb dieses Kriterium zu verneinen ist, da rein auf die somatischen Befunde (Kontusionen) bezogen nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf die Rede sein kann. Ferner liegen rein auf die somatischen Befunde bezogen weder körperliche Dauerschmerzen noch eine langdauernde Arbeitsfähigkeit vor, da der Status que ante nach sechs Monaten erreicht gewesen war. Die Züricherin hat damit zu Recht alle Adäquanz-Kriterien verneint. Auch wenn somit die Frage der Unfallschwere offen bleiben kann, ist darauf hinzuweisen, dass Treppenstürze in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen betrachtet

werden (vgl. etwa Urteil BGer 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.1.2 mit zahlreichen Hinweisen). So z. B. im Falle eines Versicherten, der auf Treppe ausrutschte und rückwärts auf Rücken, Schultern und Arme fiel (Urteil BGer 8C_748_2010 vom 9. Dezember 2010). Damit könnte hier höchstens von einem eigentlichen mittelschweren Fall ausgegangen werden, weshalb mindestens drei Kriterien erfüllt sein müssten (Urteile BGer 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 sowie 8C_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). 6. Weiter ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat. 6.1. Die Beschwerdeführerin bringt vor, seit ca. 1973 habe sie eine traumatische obere Armplexusparesis links. Sie sei Rechtshänderin und habe deshalb die eingeschränkte Mobilität im linken Oberarm früher durch den rechten voll beweglichen Arm kompensieren können. Seit dem Ereignis vom 21. November 2007 setze sie ihren rechten Arm nicht mehr ein. Sie habe zudem starke Schmerzen und sei auf weitgehende Hilfe in der Alltagsbewältigung angewiesen. 6.2. Aus somatischen Gründen war der Status quo ante, wie gesehen, bereits nach sechs Monaten erreicht. Ferner wurde der adäquate Kausalzusammenhang der heute noch bestehenden nicht objektivierbaren Beschwerden verneint, weshalb kein Raum für eine Integritätsentschädigung besteht. Die Gutachter des G._____ haben das Vorliegen eines Integritätsschadens ebenfalls verneint. Weitere Ausführungen erübrigen sich und die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen. 7. Zusammenfassend ging die Zürcher Kantonsregierung zu Recht aus somatischer Sicht vom Erreichen des Status quo ante nach sechs Monaten nach dem Unfallereignis vom 21. September 2007 aus und sie verneinte ebenfalls zu Recht den adäquaten Kausalzusammenhang bezüglich der weiterhin bestehenden

Kantonsgericht KG Seite 15 von 15 nicht objektivierbaren Beschwerden sowie den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Einspracheentscheid vom 3. Juli 2020 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben. Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A._____ wird abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 24. Juni 2021/bsc Der Präsident:
Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

E. 8

Januar 2009 (UV-Akten ZM18), erneut ohne jegliche Begründung. Der Umstand, dass er am 26. November 2009 (UV-Akten Z84B) gegenüber dem damaligen Rechtsvertreter angab, der Übergang von primären Verletzungen bis zur Entwicklung CRPS sei fließend, weshalb sich rückblickend die Symptomatik mit Sicherheit innerhalb von wenigen Wochen entwickelt habe, ändert daran nichts, da sich dies aus den unfallnahen Unterlagen eben gerade nicht ergibt. Weiter ist es von Interesse, dass er gegenüber dem P._____ am 30.

März 2011 (UV-Akten ZM39) erklärte, bis heute habe eine gesicherte Ätiologie der Beschwerden nicht eruiert werden können, und das CRPS nur bei den bis anhin genannten Differentialdiagnosen erwähnte und in einem weiteren Schreiben vom 27. Februar 2015 (UV-Akten ZM39) das CRPS nicht einmal mehr angab. Ferner nannten zwar die Ärzte des F._____ am 1. September 2011 (UV-Akten ZM42) als Differentialdiagnose ein CRPS Typ 1 und gaben an, als Ursache des sich regional ausbreitenden Schmerzes ohne Nachweis einer Läsion von Nervengewebe komme am ehesten ein CRPS Typ I in Frage. Hierfür könne die leichte Schwellung und Hautverfärbung der rechten Hand sprechen, um sogleich wieder zu relativieren mit dem Hinweis, dies könne allerdings auch durch Immobilität der rechten oberen Extremität erklärt werden. Kurz später erwähnte das Q._____ am 29. November 2011 (ZM27), objektiv seien keine trophischen Veränderungen feststellbar. Die Beschwerdeführerin verneine Schwellungen, Temperaturveränderungen, trophische Veränderungen, Farbveränderungen und Schwitzen. Die Diagnosekriterien für ein CRPS seien nicht erfüllt. Das Vorstehende steht nicht im Widerspruch zum Urteil des Kantonsgerichts vom 22. März 2012. Zwar wurde darin festgehalten, es fänden sich durchaus verschiedene Anhaltspunkte für das von

Kantonsgericht KG Seite 10 von 15 Dr. med. M._____ vermutete CPRS. Jedoch erlaubten es die damaligen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin nicht an einem CRPS leidet, und das Gericht bemängelte daher, dass vor der Leistungseinstellung keine umfassende medizinische Beurteilung vorgenommen worden war und wies die Angelegenheit für eine solche an die Zürich zurück. Diese umfassende Prüfung hat nun durch das G._____ stattgefunden und diese überzeugt, wie dargestellt. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass im parallelen IV-Verfahren sowohl im Gutachten der D._____ von 2010 wie auch im Gutachten der E._____ von 2012 (beide nachgereicht am 10. Juni 2021) das Vorliegen eines CRPS ebenfalls jeweils verneint worden war. Im vorerwähnten rechtskräftigen Urteil des Kantonsgerichts vom 18. August 2016 wurde im Detail aufgezeigt, weshalb der Sichtweise der E._____ diesbezüglich gefolgt werden kann, worauf verwiesen wird. Zu keiner anderen Sichtweise führt der Bericht von Dr. med. M._____ vom 21. August 2020 (UV-Akten Nr. 44 Beilage 3), in welchem er angab, er habe die Beschwerdeführerin 2008 posttraumatisch mit dem klinischen Bild eines CRPS I behandelt. Damals habe ein klares und eindeutiges Bild eines solchen Syndroms vorgelegen, mit den klassischen Symptomen nach Unfall: Schmerzen, erhöhte Empfindlichkeit der Haut, ödematöse, teigige Schwellungen im ganzen Arm mit roter warmer Haut und mit leichter Transpiration. Heute sehe das Bild aus wie eine chronische CRPS. Dieser Bericht steht im klaren Widerspruch zu seinen unfallnahen Berichten. So ging er früher, wie gesehen, jeweils einzig von einem Verdacht auf ein CRPS aus und nannte zu keinem Zeitpunkt die Symptome, die er nun als damals bestehend angibt, weshalb diesem Bericht nicht gefolgt werden kann. Schliesslich wird zwar im Bericht von Dr. med. R._____, Fachärztin für Neurologie, vom 30. Dezember 2020 (nachgereicht am 21. Januar 2021) bei den Diagnosen der Verdacht auf ein CRPS geäussert, bei der Beurteilung jedoch nicht weiter diskutiert, sondern davon ausgegangen, es liege am ehesten eine funktionelle, neurologische Störung vor. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zu keinem Zeitpunkt ein CRPS vorgelegen hat.