

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00192 vom 8. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00192

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00192 du 8 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00192 del 8 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 ATSG). In Abweichung zu dieser Bestimmung des ATSG kann die Invalidenrente der Unfallversicherung nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 64. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden (vgl. Art. 22 UVG sowie BGE 134 V 136 Erw. 7.2).

Ähnlich Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 132 f. Erw. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 114 Erw. 5.4).

1.3. 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 Schädigung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Schädigung 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.4 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

E. 1.1

1.1.1 X., geboren am 22. Februar 1942, arbeitete seit dem 16. März 1981 als Personalassistentin bei der W., AG, " ", und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert (Urk. 8/I/1). Am 26. August 1981 erlitt sie einen Unfall, als sie in ihrem Fahrzeug mit einem Tram kollidierte. Dabei zog sie sich eine Oberschenkelfraktur links, multiple Kontusionen des linken Oberschenkels sowie eine subtotale Amputation des rechten Unterschenkels zu (Urk. 8/I/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

1.1.2 Ab dem 1. April 1983 war X. als Sekretärin bei der V., AG beschäftigt und damit nach wie vor bei der SUVA gegen Unfälle versichert. Am 22. April 1983 erlitt sie erneut einen Autounfall, als ein nicht vortrittsberechtigter Lenker über eine Stoppstrasse hinaus fuhr, worauf es zur Kollision kam (Unfallmeldung vom 26. April 1983,

1.3.1.1. Am 14. August 2003 (Urk. 8/I/134) meldete sich X.____ erneut bei der SUVA und ersuchte um Erhöhung der Invalidenrente "auf 100 %" unter Hinweis auf die von der Invalidenversicherung gewährte Rentenerhöhung sowie einen neu festgestellten Riss der Sehne im linken inneren Wadenbein, weshalb sie nunmehr auf einen Rollstuhl angewiesen und nicht mehr arbeitsfähig sei.

Die behandelnden Ärzte der Uniklinik Y.____ verwiesen im Bericht vom 11. Dezember 2003 (Urk. 8/I/138) auf eine erstmals im Juni 2002 diagnostizierte, unfallfremde seropositive rheumatoide Arthritis. Am 31. März 2004 erfolgte eine Untersuchung bei Kreisarzt Dr. B.____, welcher im Bericht vom 5. April 2004 (Urk. 8/I/144 S. 3) eine unfallbedingte Verschlechterung des Zustandes verneinte und das rheumatologische Leiden für die Verschlechterung verantwortlich machte.

1.3.2.1. Am 14. April 2004 (Urk. 8/I/145) verneinte die SUVA brieflich eine unfallbedingte Verschlechterung und lehnte das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab, was auf Ersuchen der Versicherten (Brief vom 19. April 2004, Urk. 8/I/146) mit Verfügung vom 4. Mai 2004 (Urk. 8/I/147) förmlich bestätigt wurde. Die dagegen erhobene Einsprache vom 27. Mai und 17. Juli 2004 (Urk. 8/I/148 und 150) wurde nach Einsichtnahme in einen neu aufgelegten Bericht der Ärzte des Spitals Z.____ vom 22. Juli 2004 (Urk. 8/I/152/3) sowie eine Stellungnahme des Dr. B.____ vom 1. März 2005 (Urk. 8/I/156) mit Entscheid vom 6. Juni 2005 (Urk. 8/I/160) abgewiesen. Dieser Entscheid wurde durch das hiesige Gericht mit Urteil vom 27. November 2006 unter Hinweis darauf, dass Renten nach dem Monat, in dem die Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden, geschätzt (Urk. 8/I/182). Das Bundesgericht hob dieses Urteil sowie den Einspracheentscheid der SUVA vom 6. Juni 2005 auf und wies die Sache an die SUVA zurück, damit sie die gesundheitliche Entwicklung auch nach dem 29. Februar 2004 bis zum 28. Februar 2006 - d.h. bis zum Erreichen des ordentlichen AHV-Pensionsalters der Beschwerdeführerin - prüfe und hernach über den Rentenanspruch von X.____ neu verfüge (Urk. 8/I/182).

1.3.3.1. In Nachachtung dieses Urteils holte die SUVA die Krankengeschichte der Uniklinik Y.____ (einzelne Berichte datierend zwischen dem 30. September 2004 und dem 20. Dezember 2006, Urk. 8/I/189), den Bericht der Chirurgischen Klinik des Spitals Z.____ vom 30. Juli 2008 (Urk. 8/I/190.1) sowie denjenigen der J.____, Orthopädiotechnik, "____", vom 8. August 2008 (Urk. 8/I/190.2) ein. SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, kam gestützt auf diese Unterlagen zum Schluss, dass eine wesentliche oder richtungsgebende Verschlechterung im Zeitraum von März 2004 bis Februar 2006 nicht eingetreten sei (Bericht vom 29. September 2008, Urk. 8/I/193). Mit Verfügung vom 14. November 2008 lehnte die SUVA eine Erhöhung der 50%igen Invalidenrente erneut ab (Urk. 8/I/194). Die dagegen am 30. Dezember 2008 erhobene Einsprache (Urk. 8/I/195) wies sie mit Entscheid vom 16. April 2009 ab (Urk. 2).

2.1.1. Hiergegen erhob X.____ durch Rechtsanwältin Susanne Friedauer am 18. Mai 2009 Beschwerde mit dem Antrag (Urk. 1 S. 2), es sei der Einspracheentscheid vom 16. April 2009 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Rente auszurichten. Die SUVA schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2009 (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/I/1-199, Urk. 9/II/1-37) auf Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeantwort wurde mit Begleitschreiben vom 29. Juni 2009 der Beschwerdeführerin zugestellt (Urk. 10).

3. Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Rentenzusprache vom 19. November 1985 (Invalidenrente ab 1. August 1985 basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 50 %, Urk. 8/I/91) auf den Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. K. ___ vom 23. April 1985 (Urk. 8/I/72). Dieser hielt anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin habe anlässlich des ersten Unfalls vom 26. August 1981 eine Oberschenkelfraktur links mit multiplen Weichteilkontusionen des ganzen linken Beines, Rippenfrakturen links sowie eine Claviculafraktur links erlitten und es sei zu einer subtotalen Amputation des rechten Beines gekommen. Nach der Versorgung der Oberschenkelfraktur links mittels Kantscher-Marknagel seien am 10. November 1981 eine erste Stumpfkorrektur rechts vorgenommen und am 15. Juni 1982 der Marknagel entfernt sowie eine Narbenkorrektur im Bereich der rechten Kniekehle und am Oberschenkel vorgenommen worden. Beim zweiten Unfall vom 22. April 1983 habe die Beschwerdeführerin eine Naviculare- und Calcaneusfraktur links erlitten, welche konservativ behandelt worden seien. Noch während der Behandlung sei am 10. Mai 1983 wegen einer erheblichen Aussenrotationsfehlstellung des linken Femurs eine subtrochantere Rotationsosteotomie ausgeführt worden. Am 31. August 1984 (richtig 31. Januar 1984, Urk. 8/I/50) hätten die Plattenentfernung aus dem Femur und eine Narbenkorrektur am linken Oberschenkel sowie eine Débasierung der II. Zehe links stattgefunden. Am 29. Mai 1984 seien erneut eine Narbenkorrektur sowie eine Abtragung von Verkalkungen im Bereich der linken Hüfte durchgeführt worden.

Dr. K. ___ befand die prothetische Versorgung als optimal. Der Zustand habe sich stabilisiert und sei therapeutisch nicht mehr zu verbessern. Die Beschwerdeführerin arbeite zu 50 % (halbtags) als Sekretärin. Ein länger dauernder Arbeitseinsatz sei versucht worden, habe aber zu einer Schwellneigung des linken Beines und zu Stumpfproblemen geführt.

Als verbleibende Unfallfolgen nannte Dr. K. ___ den Zustand nach Unterschenkelamputation rechts, den Zustand nach Oberschenkelfraktur links sowie Korrekturosteotomie mit nach wie vor bestehendem Aussenrotationsfehler, ferner einen Zustand nach Rippenfrakturen links und Claviculafraktur links, welche, ohne Beschwerden zu hinterlassen, abgeheilt seien. Sodann verwies Dr. K. ___ auf belastungsabhängige Sprunggelenkschmerzen bei einem Zustand nach Calcaneus- und Navicularefraktur.

E. 2.2

2.2.1 Nach der Rückfallmeldung vom 26. März 2000 (Urk. 8/I/111) berichtete Dr. C. ___ von der Klinik T. ___ über die Untersuchung vom 27. Juli 2000 (Urk. 8/I/117) und diagnostizierte eine leichtgradige Femoropatellararthrose wahrscheinlich mit vor allem stehenden Randosteophyten an den Patellarändern insbesondere lateral. Dr. C. ___ verwies sodann auf eine wahrscheinlich entzündliche Problematik des Sesambeins bei noch korrektem Alignment der Grosszehe (fragliche Überbelastung nach funktioneller Amputation Dig II [vgl. Operationsbericht von PD Dr. F. ___, Leitender Arzt an der Uniklinik Y. ___, vom 22. Juli 1986, Urk. 8/I/93.3]).

Im Zwischenbericht vom 28. November 2000 (Urk. 8/I/122) hielt Dr. C. fest, nach Infiltration des Sesambeines sowie Einlagenversorgung habe eine Beschwerdefreiheit erreicht werden können. Er erachtete die Überbelastung der linken unteren Extremität als im Vordergrund stehende Pathogenese für die Beschwerden im Bereich der Sesambeine sowie der Femoropatellararthrose im linken Kniegelenk.

2.2.2 Dr. D. von der Klinik T. diagnostizierte im Bericht vom 29. November 2001 (Urk. 8/I/123) persistierende Beschwerden am linken Fuss bei diskreter Hallux valgus-Deformität, Bunionette-Deformität und Status nach chirurgischem Eingriff an der II. Zehe. Weiter äusserte er einen Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion am linken Knie. Betreffend die Fussproblematik diskutierte er eine Durchblutungsstörung, eine chronische venöse Insuffizienz sowie eine generalisierte Weichteilproblematik und empfahl weitere Abklärungen, unter anderem eine rheumatologische Untersuchung.

2.2.3 Dr. med. G., FMH für Rheumatologie, berichtete am 18. Juni 2002 (Urk. 8/I/126) über seine Abklärungen und diagnostizierte eine unfallfremde Polyarthrit.

2.2.4 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, berichtete am 14. September 2002 (Urk. 8/I/129) über Schmerzen im Stumpfbereich und erachtete eine lebenslange Behandlung als notwendig.

E. 2.3

2.3.1 Nach der Rentenerhöhungsverfügung der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 4. Juni 2003 (ganze Rente ab 1. Dezember 2002, Urk. 8/I/133) stellte die Beschwerdeführerin am 14. August 2003 (Urk. 8/I/134) unter Hinweis, dass sich die Situation durch den Riss der Sehne im linken inneren Wadenbein nochmals verschlechtert habe, "Antrag auf Erhöhung der Rente auf 100 %". In der Folge diagnostizierten die Ärzte der Uniklinik Y. in ihrem Bericht am 11. Dezember 2003 (Urk. 8/I/138) (1) eine seropositive rheumatoide Arthritis (Erstdiagnose Juni 2002, anti-CCP-AK positiv) bei symmetrischer Arthritis der MCP und PIP II und III beidseits sowie am Handgelenk links, (2) einen Status nach traumatischer Unterschenkelamputation rechts 1981 mit Stumpfinfekt im März 2003, (3) eine Osteopenie, (4) einen Status nach Exzision eines asymptomatischen Karzinoides der Lunge am 12. August 2002, (5) einen Endobranchyoesophagus sowie (6) eine arterielle Hypertonie.

Die Ärzte berichteten über den im März 2003 aufgetretenen Stumpfinfekt unter Basisbehandlung mit Salazopyrin wegen der rheumatoiden Arthritis, welches Medikament abgesetzt und eine antibiotische Behandlung durchgeführt worden sei. Im Verlauf sei es zu einer verstärkten Aktivität der rheumatoiden Arthritis gekommen. Die Abklärungen hätten leichtgradig erhöhte Entzündungsparameter gezeigt, und es sei aufgrund einer positiven Blutkultur auf eine Kontamination geschlossen worden. Die Magnetresonanztomographie (Magnetic Resonance Imaging, MRI) des Stumpfes rechts habe eine Regredienz der Signalalteration gezeigt, was auch mechanisch bedingt sein könne durch den Druck der Prothese.

Über die am 30. September 2003 erfolgte orthopädische Beurteilung durch Dr. med. I., Leiter technische Orthopädie der Uniklinik Y., führten die Ärzte aus, klinisch sowie aufgrund des MRI-Befundes hätten keine Anhaltspunkte für eine Persistenz des Stumpfinfektes gefunden werden können. Die Prothesen- und Schuhversorgung mit Schuhzurichtung habe abgeschlossen werden können.

2.3.2.2. Kreisarzt Dr. B. berichtete am 5. April 2004 (Urk. 8/I/144) über die Untersuchung vom 31. März 2004 und führte aus, die Beschwerdeführerin habe über die vor eineinhalb Jahren festgestellte Polyarthrititis mit Beschwerden in den verschiedensten Gelenken geklagt. Wegen ihres linken Fusses habe sie Einlagen bekommen, ansonsten habe man in der Klinik T. nichts gemacht. Im weiteren Verlauf sei es dann plötzlich zu einer Ruptur der Tibialis posterior-Sehne auf der linken Seite gekommen (Behandlung auf Kosten der Krankenkasse), und ihre Muskeln am linken Bein seien immer weiter zurückgegangen. Demzufolge habe sie Probleme beim Gehen und daher je eine Abrollrampe an den Schuhen. In Ruhe gehe es ihr eigentlich gut, erst bei Muskelgebrauch fingen die Beschwerden an. Mit der Prothese könne sie eine Gehstrecke von einem Kilometer bewältigen. Momentan sei der Amputationsstumpf bei guter Pflege reizlos.

Dr. B. erfasste einen guten Allgemeinzustand mit Schonhinken rechts (Prothese). Beim Barfussgang zeige sich, dass die Beschwerdeführerin den linken Fuss beim Barfussgang nach aussen drehe und praktisch im oberen Sprunggelenk auf der linken Seite nicht abrolle. Nach Entfernung der Unterschenkelprothese zeige sich auf der rechten Seite ein reizloser Amputationsstumpf, der jedoch nicht sehr gut mit Weichteilen gepolstert sei; der Stumpf zeige indes keine Hautveränderung und keine Druckstellen. Im Knie erkannte Dr. B. einen angedeuteten Erguss im linken Kniegelenk, wobei die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich der linken Kniekehle klage.

Zusammenfassend hielt Dr. B. fest, angesichts der reizlosen Verhältnisse im Bereich des rechten Amputationsstumpfes hätten sich die Unfallfolgen am linken Bein gegenüber dem Abschluss nicht verändert, ausser dass nun zusätzlich eine degenerative Ruptur der Tibialis posterior-Sehne links und ein generalisierter Weichteilrheumatismus dazu gekommen seien, bedingt durch das rheumatologische Leiden. Bei der Untersuchung hätten am linken Bein keine peripheren Pulse palpirt werden können, und es bestehe der Verdacht auf eine Bakerzyste in der linken Kniekehle. Er bat den Hausarzt um ergänzende Abklärungen und hielt fest, dass keine unfallbedingte Verschlechterung des Zustandes stattgefunden habe, sondern die Verschlechterung durch das rheumatologische Leiden bedingt sei.

Die Ärzte des Spitals Z. berichteten am 22. Juli 2004 (Urk. 8/I/152/3) über eine durch die Prothese verursachte kleine Wunde am Stumpf, die bereits vor einigen Wochen aufgetreten sei, damals wegen Rötung, Schwellung und Überwärmung mit Antibiotika behandelt und fast vollständig abgeheilt gewesen sei. Nun schmerze der Stumpf erneut im Wundbereich, sei überwärmt, geschwollen, druckdolent und gerötet.

Im Verlaufsbericht findet sich am 28. Juli 2004 der Hinweis auf einen guten Zustand bei diskreter Rötung, Regredienz der Schwellung ohne Druckdolenz, eine Maserierung mit einer Öffnung von 2 mm, ohne Entzündungszeichen, Überwärmung und ohne Aufwerfung der Wundränder.

Am 31. August 2004 erfolgte eine notfallmässige Konsultation wegen einer persistent offenen Wunde am Stumpf (Schmerzen, leichte Schwellung, wenig Überwärmung, Fluktuation). Am folgenden Tag wurde eine konservative Therapie beschlossen. Wegen Vorbereitungen für eine Ausstellung wurde auch eine allfällige Operation erst in sechs Wochen besprochen.

2.3.4 Der von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Bundesgerichtsurteil eingeholten Krankengeschichte der Universitätsklinik Y.____ (Urk. 8/I/189) ist folgender Verlauf zu entnehmen:

Am 30. September 2004 erhob die Uniklinik Y.____ ein 3 x 3 mm grosses Ulkus an der Unterschenkelstufspitze links mit 3 cm sondierbarer Pseudobursa.

Am 5. Oktober 2004 zeigte sich der Stumpf unverändert gross bei Sekretion von seröser Flüssigkeit. Das MRI zeige eine Weichteilreaktion und eine Signalalteration, jedoch keine Anhaltspunkte einer floriden Osteomyelitis. Die Patientin habe bemerkt, dass seit der Umstellung der Antibiose der Stumpf nicht mehr so gereizt sei. Ebenfalls sei die Sekretion erfreulicherweise von eher eitrig auf serös mutiert. Jedoch würden vermehrte Schmerzen der Rheumatoiden-Arthritis insbesondere in Handgelenk und Ellbogen auftreten, so dass nachts kein Schlaf mehr möglich sei.

Am 19. Oktober 2004 berichtete die Beschwerdeführerin, dass sie von Seiten des Stumpfulkus keine Probleme mehr habe. Seit zwei Tagen sei das Ulkus vollständig geschlossen. Das Antibiotika vertrage sie gut. Sie sei wegen der chronischen Polyarthritis noch unter 10 mg Kortison täglich und einer Tablette Salazopyrin. Am 29. Oktober trat beim Stumpfende erneut eine Sezernation auf, weshalb die Antibiotikatherapie angepasst und der Patientin eine Entlastung des Stumpfes empfohlen wurde.

Am 3. November 2004 meldete sich die Beschwerdeführerin wieder bei der Uniklinik Y.____ und wünschte - nachdem vier Tage zuvor ein akuter Schub eingetreten war - eine Behandlung der seropositiven rheumatoiden Arthritis. Mit der bisherigen Basistherapie habe keine Schmerzbegrenzung erreicht werden können. Es sei ausserhalb über allfällige Komplikationen einer Basistherapie mit Methotrexat oder allfälliger TNF alpha-Hemmertherapie diskutiert worden. Unter der Basistherapie könne ein Infekt des Stumpfulkus erneut ausbrechen, so dass eine chirurgische Exartikulation im Kniegelenk notwendig sein könne.

Am 9. November 2004 zeigte sich wieder ein reizloser Stumpf, keine Rötung oder Überwärmung. Es sei nur ein kleiner Tropfen seröser Flüssigkeit gekommen. Eine Kontraindikation zur Basistherapie der Polyarthritis bestehe derzeit nicht.

Am 19. November 2004 war der Stumpf unverändert reizlos und nur noch ein kleinstes Ulkus von 2 x 2 mm vorhanden. Der untersuchende Arzt stellte fest, die Stumpfprobleme seien primär mechanischer Natur. Im Rahmen der Altersatrophie des Stumpfes sei es zur Entwicklung einer Pseudobursa mit Fistulierung gekommen. Die Grundkrankheit wirke sich nicht günstig auf den Verlauf aus, sei jedoch nicht ursächlich. Wegen der ausgesprochen aktiven Polyarthritis im Bereich der Hände sollte eine Basistherapie begonnen werden, auch wenn das Risiko einer Dekompensation des Stumpfes mit erneutem Infekt bestehe. In diesem Falle müsste dann die Exartikulation im Kniegelenk vorgenommen werden. Die Antibiose sei über die Einleitung der Methotrexat-Behandlung hinaus fortzusetzen.

Am 23. November 2004 wurde eine Zunahme der Infektzeichen an der Stumpfbursa rechts nach Beginn der Methotrexat-Therapie wegen aktiver rheumatoider Arthritis festgestellt. Ein Easyflow wurde eingelegt und der Verband gewechselt.

Drei Tage später wurde festgehalten, dass die eingelegte Easyflow-Drainage zwei Tage gehalten habe und dann wie erwartet beim Verbandwechsel

wieder herausgefallen sei. Dies habe aber gereicht, um eine entzündliche Reaktion zu vermindern. Seit zwei Tagen sei die Fistel zu und die Rötung verschwunden. Es bestehe eine fluktuierende Bursa über dem Stumpf ohne Infektzeichen. Die Patientin sei mit Rollstuhl mobil, sie ziehe die Prothese nicht an.

Bei im Wesentlichen unverändertem Befund bezüglich des Stumpfes wurde am 10. Dezember 2004 die Anpassung der neuen Prothese sowie eine Belastungssteigerung beschlossen, bei Weiterführung der Methotrexat-Therapie bis zu einer Steigerung von 15 mg täglich.

Am 16. Dezember 2004 wurde festgehalten, dass die Schmerzintensität des Unterschenkelstumpfes beinahe täglich wechsele. Aufgrund des bisherigen Verlaufes müsse grundsätzlich von einem latenten Infekt des Unterschenkelstumpfes ausgegangen werden. Nach den bisherigen drei Methotrexat-Injektionen finde sich noch kaum eine Rückbildung der Polysynovitis von Hand- und kleinen Fingergelenken. Auf eine erneute systemische Steroidabgabe werde trotzdem verzichtet aufgrund der Steigerung des Risikos eines Rezidives des Stumpfinfektes.

Eine Woche später notierte die Uniklinik Y., die Entzündungsparameter seien eher rückläufig, die Erholung anfangs Dezember dürfte damit eher auf die weiterhin bestehende Aktivität der rheumatoiden Arthritis und nicht auf ein Rezidiv des Stumpfinfektes zurückzuführen sein.

Der Eintragung vom 31. Dezember 2004 ist zu entnehmen, dass die Methotrexat-Basistherapie (15 mg pro Woche) weiterhin gut vertragen werde. Sowohl klinisch als auch labormässig fanden sich unverändert keine Hinweise auf ein Rezidiv des Beinstumpfinfektes. Nach insgesamt vier Injektionen in einer therapeutischen Dosis bestehe unverändert eine deutliche polysynovitische Aktivität mit den typischen Systemzeichen einer Appetitminderung und anhaltenden Müdigkeit.

Am 3. Februar 2005 wurde notiert, dass die Dosiserhöhung der parenteralen Basistherapie mit Methotrexat auf 17,5 mg gut vertragen worden sei mit Ausnahme einer Müdigkeit 1-2 Tage nach der Injektion sowie einer inneren Unruheempfindung während einiger Stunden. Das Hauptaugenmerk sei weiterhin auf die Konfliktsituation einer behandlungsbedürftigen erosiven rheumatoiden Arthritis und einer potentiellen Reaktivierung eines chronischen Stumpfinfektes unter dieser Basistherapie zu richten.

Nach viermonatiger Basistherapie mit Methotrexat bildeten sich die Schwellungen und Schmerzen der Hand und kleinen Fingergelenke wesentlich zurück. Am Stumpf zeigte sich eine rund 2cm grosse Rötung mit einer zentralen Abblassung von etwa 1mm Durchmesser, die als Druckstelle der Prothese eingeordnet wurde (Eintragung vom 4. Mai 2005).

Am 19. Juli 2005 zeigte sich die Beschwerdeführerin sehr zufrieden mit dem Ergebnis der Methotrexat-Therapie. Problematisch sei die Belastbarkeit des Stumpfes. Stehen über 10 Minuten führten zu erheblichen Beschwerden im Stumpf mit brennend stechendem Gefühl. Am 10. August 2005 wurden die belastungsabhängigen klemmenden Missempfindungen am Stumpf als mechanisch bedingt interpretiert.

2.3.5.5. Im Bericht der Ärzte der Uniklinik Y.____ vom 6. Oktober 2005 (Urk. 8/I/182) erwähnten diese eine Untersuchung vom 30. September 2005 wegen einer Beurteilung der Belastbarkeit des Stumpfes. Sie verwiesen auf in den letzten zwei Jahren zunehmende belastungsabhängige Schmerzen am rechten Unterschenkelstumpf, weshalb die Beschwerdeführerin das Arbeitspensum massiv habe reduzieren müssen. Mit der Prothese könne die Beschwerdeführerin aktuell nur 5 Minuten Stehen und 10 Minuten Gehen. Beim Sitzen müsse sie nach etwa 5 bis 10 Minuten die Prothese abziehen.

Die Ärzte hielten fest, dass es sich um einen sehr kurzen Unterschenkelstumpf mit sehr wenig Weichteilen handle, der sich in den letzten 20 Jahren sehr gut bewahrt habe. In letzter Zeit seien zunehmende Beschwerden an diesem kurzen, durch das primäre Unfallereignis skelettierten Stumpf aufgetreten, was eigentlich schon längst zu erwarten gewesen sei. Die Nebenerkrankungen seien für diesen Verlauf nicht von entscheidender Bedeutung, auch die Wundheilungsstörung bei perforierter Bursitis über dem Stumpfende sei unter der Basistherapie geheilt. Die Ärzte schlugen vor, so lange wie möglich bei der Unterschenkelprothese zu bleiben, und diskutierten bei weiterer Beschwerdepersistenz die Versorgung mit einem Oberschaft und als letzter Schritt eine Knieexartikulation.

2.3.6. Die Krankengeschichte der Uniklinik Y.____ präsentiert sich nach diesem Bericht für den Rest des massgebenden Zeitraums wie folgt (Urk. 8/I/189):

Am 12. Oktober 2005 wird von einer anhaltenden Remission der polysynovitischen Aktivität unter unveränderter Methotrexat-Therapie - bei bekannten Nebenwirkungen - berichtet. Persistierend sei einzig noch eine nicht schmerzhaft geringgradige Schwellung der ulnaren Handgelenksbeuger. Zum Stumpf äussert sich der Eintrag nur insoweit, als TNF-alpha-Hemmer angesichts des durchgemachten Stumpfinfektes rechts nur mit grosser Vorsicht zu indizieren seien.

Der Eintrag vom 15. Februar 2006 zeichnet im Wesentlichen ein gleichbleibendes Bild: Unter unveränderter parenteraler Methotrexat-Basistherapie in einer Wochendosis von 15 mg zeige sich weiterhin eine weitgehende Remission der Entzündungsaktivität der seropositiven erosiven rheumatoiden Arthritis mit Ausnahme einer residuellen Tendosynovitis der ulnaren Handgelenksbeuger am distalen Vorderarm rechts. Unter dieser Basistherapie habe sich bisher keine Reaktivierung des latenten Stumpfinfektes ergeben. Das Hauptproblem seien belastungsabhängige mechanische Kribbelparästhesien im Unterschenkelstumpf rechts. Im Eintrag vom 15. März 2006 werden bezüglich Unterschenkelstumpf keine Angaben gemacht.

2.3.7. Mit Brief vom 12. März 2006 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Kostenübernahme für Physiotherapie, weil sich ihr Gesundheitszustand seit einiger Zeit konstant verschlechtert habe und ihr das Gehen sehr schwer falle aufgrund der Beschwerden an den Hüften und am Stumpf des amputierten Unterschenkel rechts (Urk. 8/1/175).

2.3.8. Der langjährige Orthopädietechniker der Beschwerdeführerin, J.____, schrieb am 8. August 2008, im Laufe der Jahre habe sich neben den bekannten Abnutzungserscheinungen auch eine Verschlechterung des Zustandes im Allgemeinen ergeben. Der Beinstumpf rechts sei im "normalen" Rahmen atrophiert (Weichteile und Muskulatur). Der Schenkelhalsbruch auf der linken Seite habe nun als Langzeitfolge auch eine Verschlechterung der Haltung mit darausfolgenden Hüft- und Gesässschmerzen

ergeben, und zusätzlich eine Mehrbelastung auf der Prothesenseite, was wiederum Probleme und Läsionen am Stumpf erzeuge. Sie würden immer wieder mit Stellungsänderungen eine gewisse Belastungsverschiebung zu erreichen versuchen, um die Schmerzen ein bisschen zu lindern (Urk. 8/I/190.2).

2.3.9 Am 1. März 2005 (Urk. 8/I/156) hatte Dr. B. festgehalten, Amputationsstümpfe hätten die Tendenz, dass es immer wieder zu Druckbelastungen am Ende komme und dadurch vorübergehend eine oberflächliche Hautwunde mit einem Wundinfekt entstehe. Im Allgemeinen heile diese Wunde ab, der Krücher müsse meistens nachkorrigiert werden und in der Regel bestehe danach der Zustand wie zuvor. Es handle sich demzufolge im Allgemeinen um eine vorübergehende Verschlimmerung, bis die Wunde wieder abgeheilt sei. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Druckulcus im Bereich des Amputationsstumpfes. Für die Behandlung sei die Beschwerdegegnerin zuständig. Nach der Abheilung könne die Beschwerdeführerin dieselbe Arbeit als Buchhalterin ausrichten wie zuvor.

E. 2.3.10

SUVA-Kreisarzt Dr. E. nahm am 29. September 2008 zur Frage Stellung, ob sich im Zeitraum von März 2004 bis Februar 2006 die unfallbedingten Folgeerscheinungen wesentlich verändert hätten. Basis für diese Beurteilung würden die zahlreichen Berichte der Rheumasprechstunde der Uniklinik Y. darstellen, die ein lückenloses Bild sowohl der Stumpfsituation am rechten Unterschenkel als auch der rheumatoiden Arthritis für diesen Zeitraum widerspiegeln. Die Berichtserie beginne am 30. September 2004, wobei ein 3x3 mm grosses Ulcus an der Unterschenkelstumpfspitze mit 3 cm sondierbarer Taschenbildung benannt werde. Eine Phlegmone werde explizit verneint. Eine Osteomyelitis könne nach Veranlassung eines MRI ausgeschlossen werden. Aus einem Abstrich könne Enterococcus faecalis nachgewiesen werden, es werde antibiogrammgerecht behandelt. Am 19. Oktober werde von einem geschlossenen Ulcus gesprochen. Bis Dezember 2004 nehme die seropositive rheumatoide Arthritis zu, so dass ab Mitte Dezember 2004 eine zusätzliche Methotrexat-Behandlung eingeleitet werde. Es beständen erhebliche Bedenken gegen eine zusätzliche immunsuppressive Therapie, da eine Zunahme der Stumpfproblematik befürchtet werde, teilweise werde eine ergänzende TNF-alpha-Hemmerbehandlung diskutiert, die verworfen werde, da angenommen werde, dass hierunter das Infektionsrisiko am Stumpf zu gross sei. Entsprechend den Berichten der Uniklinik Y. sei es im gesamten Verlauf bis Februar 2006 zwar zu kleineren Hautproblemen im Stumpfbereich gekommen, der befürchtete Infekt sei aber nicht eingetreten. Gleichzeitig werde im Rahmen der Altersatrophie eine nachlassende Weichteildeckung im Stumpf- und Unterschenkelbereich berichtet. Mit gewissen Anpassungen könne die bisherige Prothesenversorgung beibehalten werden. Mögliche chirurgische Interventionen würden angedacht, seien jedoch nicht wirklich aktuell als Therapieoption vorgesehen. Ungefähr im Zeitraum Februar/März 2006 könne rheumatologischerseits festgestellt werden, dass mit der zusätzlichen MTX-Therapie die Entzündungsaktivität der rheumatoiden Arthritis ausreichend kontrolliert werden könne. Bei der Konsultation vom 15. Februar 2006 in der Rheumasprechstunde der Uniklinik Y. würden bezüglich des Unterschenkelstumpfes rechts keine Auffälligkeiten oder offene Stellen beschrieben. Benannt würden in diesem Bericht belastungsabhängige Kribbelparästhesien im Unterschenkelstumpf rechts. Soweit retrospektiv zu beurteilen sei, sei es trotz der

4. Zusammenfassend ist aufgrund der umfassenden medizinischen Aktenlage erstellt, dass es bis zum 29. Februar 2006 zu keiner dauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Die Beschwerdegegnerin verneinte demgemäss zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes und die Erhöhung der Invalidenrente. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- 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).

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