

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00401 vom 19. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00401

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00401 du 19 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00401 del 19 dicembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes vom Unfall am 7. Dezember 1998 bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen im Dezember 1999 ergibt sich aus den medizinischen Akten Folgendes:

Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des Y.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. Januar 1999 über die Hospitalisation der Versicherten vom 7. Dezember 1998 bis 15. Januar 1999 eine Beckenfraktur Typ C mit einer transforaminalen Sakrumfraktur links und einer oberen und unteren Schambeinastfraktur links sowie eine zweitgradig offene Luxationsfraktur des Olecranon links mit einer posttraumatisch sensomotorischen Nervus ulnaris-Parese. Am 7. Dezember 1998 seien die Beckenreposition und der Einsatz einer Beckenzwinge sowie eine Osteosynthese mit Zuggurtung des Olecranon und ein Döbrident erfolgt, am 9. Dezember 1998 alsdann die Beckenzwingen-Entfernung, die offene Reposition der Sakrumfraktur und die Fixation mit Fixateur interne. Sämtliche Operationen seien komplikationslos verlaufen, bei Austritt sei die Neurologie der unteren Extremitäten unauffällig gewesen, und die bei Spitaleintritt festgestellte Parese des Nervus ulnaris sei spontan regredient gewesen. Die Beschwerdeführerin sei bei Klinikeintritt in der 16. Woche schwanger gewesen, die regelmässig durchgeführten Schwangerschaftskontrollen hätten einen komplikationslosen Verlauf gezeigt (Urk. 9/M2; vgl. auch Urk. 9/M11-12 sowie Urk. 9/M18 S. 4 f.).

Gemäss Bericht des Hausarztes Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 23. April 1999 bestand aufgrund der Unfallfolgen seit dem 7. Dezember 1998 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M3). Dem Verlaufsbericht vom 19. August 1999 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich geheilt sei, eine praktisch normale Ellbogenbeweglichkeit aufweise und von Seiten der Beckenfraktur keine Beschwerden mehr habe. Seit dem 5. Juli 1999 arbeite sie wieder zu 50 %, ab 2. August 1999 sei die Erhöhung des Arbeitspensums auf 100 % vorgesehen (Urk. 9/M4). Gemäss Bericht des Y.____ vom 1. Dezember 1999 war die Beschwerdeführerin vom 23. bis 29. November 1999 zwecks Metallentfernung hospitalisiert. Die Beschwerdeführerin habe am 29. November 1999 mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Radiologisch hätten sich durchgebaute Frakturen ohne Zeichen für eine Lockerung des Osteosynthese-Materials ergeben. Funktionell liege ein gutes Resultat vor mit einer leichten Beinlängendifferenz von rund 1 cm (Urk. 9/M18 S. 6 f.). Aus dem Bericht von Dr. G.____ vom 6. Januar 2000 ergibt sich, dass am 8. Dezember 1999 bei Dr. G.____ die Nahtentfernung erfolgte. Die Beschwerdeführerin sei praktisch beschwerdefrei, vom 23. November bis 8. Dezember 1999 habe noch eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 9/M5).

3.2 Den Akten lässt sich sodann Folgendes über Art und Verlauf der Beschwerden nach Einstellung der Versicherungsleistungen durch die AXA per 8. Dezember 1999 entnehmen:

Die Beschwerdeführerin war vom 2. Oktober 1996 bis 23. September 2002 bei Dr. med. H. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, in hausärztlicher Betreuung, wobei er sie laut Bericht vom 15. August 2006 nie wegen Beschwerden im Becken und/oder Rücken behandelte (Urk. 9/M14). Gemäss Bericht vom 9. August 2006 konsultierte sie am 6. August sowie am 1. Oktober 2002 Dr. med. I. ____, Facharzt für Rheumatologie. Dieser diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei posttraumatischer Beckenverwringung nach Beckenringfraktur 1998, lumbosakraler Überlastung bei Flachrücken und degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule sowie muskulärer Dysbalance und Insuffizienz. Dr. I. ____, verordnete Physiotherapie, attestierte aber keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M13). Gemäss Bericht der Physiotherapeutin wurde die Beschwerdeführerin vom 9. August 2002 bis 10. August 2003 physiotherapeutisch behandelt wegen eines schmerzhaften ISG rechts, welches wahrscheinlich vom Beckenschiefstand bei Status nach der Beckenfraktur im Jahr 1998 herrühre. Die Therapie habe keine wesentliche Verbesserung der Situation gebracht, nach einem oder zwei Tagen mit geringeren Schmerzen seien die Beschwerden wieder gleich wie zuvor gewesen (Urk. 9/M9). Dem Bericht vom 31. August 2006 von Dr. med. J. ____, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, welche die Beschwerdeführerin ab dem 10. Februar 1997 in regelmässigen Abständen gynäkologisch und allgemeinmedizinisch behandelte, ist zu entnehmen, dass die Ärztin die Beschwerdeführerin erstmals am 7. März 2003 aufgrund eines vertebrealen Schmerzsyndroms (medikamentös) behandelte. Eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigte sie aufgrund dieser Problematik nicht (Urk. 9/M15).

Dr. med. K. ____, Fachärztin für Innere Medizin, behandelte die Beschwerdeführerin vom 15. bis 27. Februar 2005. Laut ihrem Bericht vom 19. Juli 2006 litt die Beschwerdeführerin unter chronischen Schmerzen lumbal und im Becken, welche seit dem Unfall im Jahr 1998 beständen. Sie habe die Beschwerdeführerin an einen Chiropraktor zur weiteren Behandlung überwiesen. Eine Arbeitsunfähigkeit habe sie nicht attestiert (Urk. 9/M10).

Der Chiropraktor Dr. L. ____, meldete mit Arztzeugnis UVG vom 30. Mai 2005 einen Rückfall beziehungsweise Spätfolgen bezüglich des Unfalls vom 7. Dezember 1998. Anlässlich der Erstbehandlung am 22. Februar 2005 habe die Beschwerdeführerin über den im Jahr 1998 erlittenen Unfall mit Beckenringfraktur Typ C berichtet und ihm mitgeteilt, seit dem Unfall leide sie unter lumbospondylogenen Schmerzen links. Aufgrund des Gangbildes beständen Hinweise auf eine Beckenringdysfunktion. Die Mobilität der Lendenwirbelsäule sei häufig eingeschränkt in der Ante- und Retroflexion sowie in der Seitneigung links. Die Röntgenbefundung habe eine irreguläre und inkongruente Symphysis Pubis erbracht. In diagnostischer Hinsicht sei von einer Beckenhypermobilität bei Status nach Beckenringfraktur auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe deshalb nicht; die chiropraktische Behandlung sei am 14. April 2005 abgeschlossen worden (Urk. 9/M6).

Am 22. September 2005 berichtete der die Beschwerdeführerin seit dem 15. April 2005 behandelnde Chiropraktor Dr. F. ____, bei der Beschwerdeführerin bestehe von Geburt an eine ausgeprägte Bandlaxität und eine gutartige Hypermobilität. Seit der Beckenringfraktur Typ C im Jahr 1998 liege sodann eine Beckeninstabilität vor. Zudem leide sie unter einer Hüftfunktionsstörung rechts bezüglich Flexion/Innenrotation, einer Sprunggelenkinstabilität links sowie einer Ahydrose der Finger. Diese Beschwerden hätten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Bereits die Bandlaxität führe sich allein führe zu Problemen. Der Unfall habe die Folgen dieser funktionellen Besonderheit noch verstärkt. Ab dem 27. Juni 2005 sei sie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau zu 75 % arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Arbeit sei ihr lediglich noch während dreier halber Tage pro Woche zumutbar (Urk. 9/M8; vgl. auch Urk. 3/11-14 sowie Urk. 9/M7).

3.3 Im Auftrag der AXA erstellte Dr. med. M. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ein Aktengutachten zur Frage der Unfallkausalität der nach der Einstellung der Versicherungsleistungen neu gemeldeten Beschwerden. In seiner Stellungnahme vom 17. August 2007 äusserte er die Einschätzung, dass die im März 2003 aufgetretene lumbosakrale Schmerzsymptomatik und auch die muskulären Dysbalancen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die posttraumatische Situation mit Verschiebung und durchgeführter Osteosynthese zurückzuführen seien. Die ebenfalls bestehenden degenerativen Veränderungen dürften aufgrund des noch jungen Alters der Beschwerdeführerin hingegen kaum eine entscheidende Rolle spielen. Wahrscheinlich sei, dass eine psychische Überlagerung das Beschwerdebild mitpräge. Die Bandlaxität sei sicher vorbestehend, wobei Patienten mit einer solchen Problematik nicht selten muskuläre Dysbalancen hätten. Allerdings bestehe kein direkter Zusammenhang zwischen der Bandlaxität und den Unfallfolgen. Dagegen müsse berücksichtigt werden, dass eine Bandlaxität mit muskulärer Dysbalance im peritrochantären Bereich sowie im paravertebralen Bereich während der Schwangerschaft beziehungsweise kurz danach eine muskuläre Überforderung mit entsprechenden Beschwerden hervorrufen könne. Zur Klärung der noch im Raum stehenden Fragen sei eine orthopädisch/rheumatologische Begutachtung zu empfehlen (Urk. 9/M19).

Dr. B. ____, begutachtete die Beschwerdeführerin im Auftrag der AXA psychiatrisch. Seinem Gutachten vom 7. Januar 2008 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung etwa im Januar 2007 ein neurasthenisches Beschwerdebild mit Schwächegefühl, Erschöpfungszuständen, verminderter Energie, psychomotorischer Unruhe, Affekt-labilität, erhöhter Empfindlichkeit und vermehrter Ängstlichkeit entwickelte. Daneben hätten keine wesentlichen Anpassungsstörungen oder depressiven Störungen erhoben werden können. Die psychische Störung lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. Dezember 1998 zurückzuführen, sondern habe sich wohl auf der Grundlage der ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Rahmen verschiedener exogener Belastungsfaktoren entwickelt. Dabei sei insbesondere der Verlust der Arbeitsstellen als Coiffeuse im Jahr 2004 und als Verkäuferin im Juni 2005 bedeutsam, da der Arbeitsverlust bei der Beschwerdeführerin zu vermehrten Minderwertigkeitsgefühlen geführt habe. Die beschriebene psychische Störung stehe

aus psychiatrischer Sicht im Verhältnis zu den somatischen Beschwerden nicht im Vordergrund. Auch führten die psychischen Beschwerden nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/M21).

Am 16. Januar 2008 erstellte Dr. A. ___ ein orthopädisches Gutachten gestützt auf die ihm von der AXA zugestellten medizinischen Vorakten, die eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin am 27. November 2007 inklusive Röntgenuntersuchungen, ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 11. Dezember 2007 sowie unter Berücksichtigung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. B. ___. Die Beschwerdeführerin gab dem Gutachter an, seit dem Unfall im Jahr 1998 unter persistierenden stechenden lumbosakralen bandförmigen Schmerzen zu leiden, welche im Laufe der Zeit bei körperlicher Belastung zugenommen hätten. Durch die Schmerzen sei der Schlaf gestört, sie nehme regelmässig Schmerzmittel ein. In der klinischen Untersuchung erhob Dr. A. ___ eine im Lot stehende Wirbelsäule, die Schultern und das Becken standen horizontal. Die Lendenwirbelsäule sei druckdolent gewesen, es habe ein paravertebraler Muskelhartspann bestanden, und die Beweglichkeit sei eingeschränkt und ebenfalls dolent gewesen. Die Iliosakralgelenke seien ebenfalls druckdolent gewesen, ohne sicher verwertbare Funktionsprüfung. Die Beinlängen seien identisch und die Beinachsen physiologisch gewesen. Der Lasegue-Test sei rechts und links bei 40° positiv gewesen, im Sitzen habe dieser Befund aber nicht reproduziert werden können. Die am 12. Dezember 2007 angefertigten MRI-Bilder der Lendenwirbelsäule und des Sakrums und die am 27. November 2007 erfolgte Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule und des Beckens hätten folgende Befunde ergeben: Mässige degenerative Veränderungen der Iliosakralgelenke rechts und links mit einer mässigen linksbetonten Spondylarthrose L4 bis S1, einer kleinen Diskushernie L4/5 und einer mediolinksseitigen Protrusion L5/S1 ohne neurale Kompression sowie eine leichte relative Spinalkanalstenose Th12/L1 ohne Myelonkompression. Möglicherweise bestehe ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen der Iliosakralgelenke rechts stärker als links und dem Unfall vom 7. Dezember 1998. Die Sakrumfraktur sei linksseitig und nicht doppelseitig gewesen; sodann sei im Operationsbericht keine Fortsetzung der Fraktur in die Gelenkflächen beschrieben worden. Möglicherweise sei es aber durch die Dislokation im Beckenbereich zu einer Knorpelläsion gekommen, woraus sich im Verlauf der Jahre die degenerativen Veränderungen entwickelt hätten. Auch hinsichtlich der degenerativen Befunde in der Lendenwirbelsäule bestehe nur eine mögliche Unfallkausalität, da in den Berichten der Klinik für Unfallchirurgie des Y. ___ keine Läsion der Lendenwirbelsäule beschrieben worden sei (Urk. 9/M20).

3.4 Im Auftrag der Invalidenversicherung wurde die Beschwerdeführerin am 30. Juni und 1. Juli 2008 im D. ___ begutachtet, wobei zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt wurde. Die Gutachterin Dr. med. N. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Spezialistin für Sportmedizin und Manuelle Medizin, erhob einen leichten Schulter- und Beckenhochstand rechts, eine Abflachung der Brust- und eine kompensatorische Hyperlordose der Lendenwirbelsäule. Da die Beschwerdeführerin bei der Prüfung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in sämtlichen Bewegungsrichtungen Schmerzen angab, war eine abschliessende Untersuchung nicht möglich. Eine Funktionsstörung der Hüftgelenke konnte klinisch nicht verifiziert werden. Die erhobenen Bandlaxitätszeichen waren im Grenzbereich, so dass die Gutachterin lediglich von einer Tendenz zu einer

Hypermobilität ausging. Laut Dr. N. ___ zeigten die kurze Zeit nach dem Unfall gemachten Röntgenaufnahmen und die von Dr. A. ___ angefertigten Bilder aus dem Jahr 2007 eine gut konsolidierte Sakrum- und vordere Beckenringfraktur ohne Hinweise für Pseudarthrosen. Die Hüftgelenke seien unauffällig, die Ileosakralgelenke seien beidseits etwas degenerativ verändert, im rechten Gelenk finde sich ein etwas weiter Gelenkspalt. In der Lendenwirbelsäule fanden sich degenerative Segmente L4-S1 und eine möglicherweise anlagebedingte Bandscheibenhöhnenminderung Th12/L1. Objektive strukturelle Veränderungen, welche mit Sicherheit die geklagten lumbosakralen Beschwerden erklären könnten, bestanden nicht; insbesondere hätten auch keine strukturellen Veränderungen objektiviert werden können, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Beckeninstabilität erklären könnten. Die geklagten lumbosakralen Beschwerden seien am ehesten auf die degenerativen Veränderungen der unteren zwei Wirbelsäulensegmente zurückzuführen, wobei gesamthaft der dringende Verdacht bestehe, dass sich ein sekundäres chronisches Schmerzsyndrom entwickelt habe. Das arbeitsbezogen relevante Problem bestehe in einer schmerzhaft verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule und des Beckenkamms. Da die Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin - bei 3-4 positiven Waddellzeichen - als nicht zuverlässig eingestuft werden müsse, könne für die Beurteilung der zumutbaren beruflichen Tätigkeit nicht auf die Ergebnisse der EFL abgestellt werden. Aus medizinisch-theoretischer, rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin aufgrund der strukturellen Befunde zu 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne längere statische Belastungen und Vibrationseinflüsse bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht könnten zusätzliche therapeutische Massnahmen nicht empfohlen werden, da der Beschwerdeführerin diesbezüglich Einsicht und Motivation fehlten (Urk. 9/M22).

3.5 In einem Aktengutachten vom 14. September 2009 wärdigte der beratende Arzt der AXA Dr. E. ___ die medizinischen Akten. Darin hielt er fest, es sei schwierig zu beurteilen, ob die am 7. Dezember 1998 erlittene transforaminale Sakrum-Fraktur links mit überlastungsbedingten Veränderungen in den Ileosakralgelenken einhergegangen sei oder nicht. Aufgrund persönlicher Erfahrungen, welche durch die medizinische Literatur gestützt würden, wisse er, dass im Nachgang zu solchen Frakturen relativ häufig persistierende sakrale Beschwerden bestehen blieben. Andererseits fanden sich im Bereich der lumbalen Wirbelsäule ganz eindeutige degenerative Veränderungen, welche die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden ebenfalls erklären könnten. Eindeutige unfallkausale Spätfolgen liessen sich strukturell nicht nachweisen. Mit grösserer Wahrscheinlichkeit seien die geklagten Beschwerden krankhaft-degenerativer Natur. Zudem werde die aktuelle Befindlichkeitssituation der Beschwerdeführerin mit Sicherheit psychisch überlagert im Sinne einer Symptomausweitung mit Selbstlimitation und demonstrativem Schmerzverhalten (Urk. 9/M24).

E. 4

4.1 Strittig und zu präfen ist, ob zwischen den mit Schadenmeldung vom 26. Mai 2005 (Urk. 9/A8) als Rückfall beziehungsweise Spätfolge des Unfalls vom 7. Dezember 1998 gemeldeten Beschwerden und dem Unfallereignis ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht und die AXA deshalb für die Folgen eine

Leistungspflicht trifft.

4.2. Wie aus den zuvor wiedergegebenen medizinischen Berichten hervorgeht, gingen praktisch alle behandelnden Ärzte und Therapeuten aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und der klinischen Befunde davon aus, dass die geklagten lumbosakralen Beschwerden zumindest teilweise unfallkausal seien. Während die meisten Mediziner diese Einschätzung gar nicht beziehungsweise nur rudimentär begründeten, weshalb auf ihre Berichte nicht abgestellt werden kann, erklärte der Chiropraktor Dr. F. die gestellten Diagnosen in seinem Bericht vom 22. September 2005 etwas ausführlicher. Weil hinsichtlich mehrerer von ihm erhobener Befunde - ausgeprägte Bandlaxität von Geburt an, Beckeninstabilität, Hüftfunktionsstörung (Urk. 9/M8) - mit dem D.-Gutachten vom 25. September 2008 eine klar divergierende Beurteilung vorliegt - auch nach Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit konnten keine ausgeprägte Bandlaxität, Beckeninstabilität sowie Funktionsstörung der Hüftgelenke objektiviert werden (Urk. 9/M22 S. 6 ff.) -, und keine Gründe bestehen, an der Beweiskraft des ausführlichen und nachvollziehbaren Gutachtens vom 25. September 2008 zu zweifeln (vgl. dazu vorstehend Erwägung 1.4), kann auf die Einschätzung von Dr. F. indes ebenfalls nicht abgestellt werden.

Der Vertrauensarzt der AXA Dr. M. hielt es in seiner Stellungnahme vom 17. August 2007 zwar für plausibel, dass die lumbosakrale Schmerzsymptomatik auf die posttraumatische Situation im Becken zurückzuführen sei. Allerdings untersuchte er die Beschwerdeführerin nicht persönlich und empfahl zur definitiven Klärung der Unfallkausalität eine Begutachtung. Deshalb bildet sein Bericht ebenfalls keine ausreichende Entscheidungsgrundlage (Urk. 9/M19).

Auch das Gutachten des Dr. A. vom 16. Januar 2008 ist nicht voll beweiskräftig. Aus seiner Expertise geht zunächst nicht hervor, ob er sich überhaupt mit den nach dem Unfall erhobenen Röntgenbefunden aus den Jahren 1998/1999 auseinandergesetzt hat. Sodann bemerkte er im Gegensatz zu den meisten anderen Ärzten, insbesondere auch denjenigen des D., keinen Becken- und Schulterhochstand beziehungsweise keine Beinlängendifferenz - angesichts der am 7. Dezember 1998 erlittenen Beckenverletzungen sind dies maßgeblicherweise entscheidende Befunde zur Beurteilung der Unfallkausalität der Beschwerden und der degenerativen Veränderungen im lumbosakralen Bereich der Wirbelsäule. Da er sich in seinem Gutachten zudem nicht mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandersetzte (Urk. 9/M20), ist seine Beurteilung der Unfallkausalität nicht nachvollziehbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Die D.-Gutachter, deren Expertise wie gesagt grundsätzlich beweiskräftig ist, führten die lumbosakralen Beschwerden am ehesten auf die degenerativen Veränderungen in den unteren zwei Segmenten der Lendenwirbelsäule zurück und attestierten der Beschwerdeführerin aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der strukturellen Befunde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Verkäuferin (Urk. 9/M22 S. 5 ff.). In dem für die Invalidenversicherung erstellten Gutachten fehlt indes eine Beurteilung der Unfallkausalität.

4.3. Die Tatsache allein, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der Unfallbehandlung im Dezember 1999 (vgl. Urk. 9/M5) fast drei Jahre lang keinen Arzt zur Behandlung von Becken- und Rückenbeschwerden aufsuchte und erstmals am 6. August 2002 vom Rheumatologen Dr. I. ___ aufgrund eines lumbospondylogenen Syndroms untersucht wurde (Urk. 9/M13), vermag eine Unfallkausalität der Beschwerden nicht auszuschliessen. Durch die Röntgenbilder aus den Jahren 1998/1999 und 2007 wird dokumentiert, dass sich zwischen 2000 und 2007 arthrotische Veränderungen in den Ileosakralgelenken und in der Lendenwirbelsäule entwickelt haben (Urk. 9/M20 S. 5, Urk. 9/M22 S. 5 und 7). Die degenerativen Veränderungen liefern eine plausible Erklärung für eine langsame Steigerung der Beschwerden im zeitlichen Verlauf. Die Versicherungsmediziner Dr. M. ___ und E. ___ haben in ihren Beurteilungen vom 17. August 2007 und vom 14. September 2009 einen Zusammenhang zwischen den lumbosakralen Beschwerden und dem Unfall sodann durchaus für realistisch gehalten. Insbesondere hat Dr. E. ___ in überzeugender Weise darauf hingewiesen, dass die am 7. Dezember 1998 erlittene transforaminale Sakrum-Fraktur links möglicherweise zu überlastungsbedingten Veränderungen in den Ileosakralgelenken führte und dass solche Verletzungen nach der allgemeinen medizinischen Erfahrung häufig persistierende sakrale Beschwerden nach sich ziehen (Urk. 9/M19, Urk. 9/M24). Im Übrigen hat auch Dr. A. ___ erlutert, dass es durch die Dislokation im Beckenbereich möglicherweise zu einer Knorpelläsion gekommen ist, woraus sich im Verlauf der Jahre die degenerativen Befunde im Becken und in der Lendenwirbelsäule entwickelt haben könnten (Urk. 9/M20 S. 6). Sein Gutachten, welches das einzige ist, welches zur Unfallkausalität Stellung nimmt, erfüllt nach dem Gesagten aber die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht. Sodann lässt sich aufgrund der medizinischen Akten auch nicht schlüssig beurteilen, ob die Beckenfraktur zum von mehreren Ärzten erhobenen Becken- und Schulterschiefstand beziehungsweise zu einer Beinlängendifferenz geführt hat, oder ob es sich hierbei um vorbestehende Befunde handelte. Weiter ist unklar, auf welcher Seite der Hoch- beziehungsweise der Tiefstand ist, und ob dieser Befund die Struktur und Lage der degenerativen Veränderungen im Becken und in der Lendenwirbelsäule erklären und damit zur Klärung der Unfallkausalität der degenerativen Befunde beitragen könnten.

4.4. Von Bedeutung ist sodann, dass die D. ___-Gutachter der Beschwerdeführerin aufgrund der degenerativen Veränderungen in der Lendenwirbelsäule eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin attestierten (Urk. 9/M22). Neben dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf die Übernahme der Heilungskosten steht auch ihr Anspruch auf Taggelder, eine Rente beziehungsweise eine Integritätsentschädigung im Raum.

4.5. Da bei der gegenwärtigen Aktenlage weder ausgeschlossen werden kann, dass die Beschwerdeführerin nach der Einstellung der Versicherungsleistungen im Dezember 1999 aufgrund von organisch objektiv ausgewiesenen unfallbedingten strukturellen Veränderungen im Becken und in der Lendenwirbelsäule Beschwerden entwickelte und deshalb behandlungsbedürftig und arbeitsunfähig war, noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine natürliche Unfallkausalität dieser Beschwerden bejaht werden kann, besteht weiterer Abklärungsbedarf.

4.6. Die AXA, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird ein weiteres fachärztlich rheumatologisch-orthopädisches Gutachten zur Klärung der

Unfallkausalität der lumbosakralen Beschwerden zu veranlassen haben. Die Gutachter werden dabei auch die in der vorstehenden Erwägung genannten Unklarheiten zu klären und zu beurteilen haben und wenn nötig neue Röntgen- und/oder MRI-Bilder zu erstellen haben, da offenbar einige der vorliegenden Röntgenbilder überbelichtet sind beziehungsweise nicht optimal beurteilt werden können (vgl. Urk. 9/M22 S. 5 und 7). Die AXA wird alsdann auch allfällige von den Gutachtern zur Klärung der Streitfrage empfohlene weitere fachärztliche Abklärungen zu veranlassen haben. Es bleibt ihr unbenommen, die Spezialisten des D.____, welche sich bereits in überzeugender Weise mit der Sache befasst haben, mit der Begutachtung zu beauftragen. Nach Abschluss der Abklärungen wird die AXA erneut über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verfahren haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen, und der angefochtene Einspracheentscheid ist aufzuheben.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verurteilung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 54 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese ist gestützt auf Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG ohne Rücksicht auf den Streitwert, aber unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2009 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Unfallversicherungsleistungen verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Renata Hajek Saxer

- AXA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.