

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00232 vom 29. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00232

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00232 du 29 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00232 del 29 giugno 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

2.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiteren durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badeskuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c).

2.3 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, solange Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht (Art. 16 Abs. 3 UVG).

2.4 Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.5. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

2.6. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 3

3.1. Die Helsana hielt fest, gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. D. ___ sei der medizinische Endzustand am 30. April 2009 eingetreten. Bis zu jenem Zeitpunkt ständen der Beschwerdeführerin die Heilkosten und Taggelder zu. Ausserdem habe sie Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf einen 20%igen Invaliditätsgrad. Die am 27. November 2009 durchgeführte Operation sei jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, weshalb die Kosten dieser Operation nicht von der Unfallversicherung zu übernehmen seien. Auch habe die Versicherte lediglich Anspruch auf eine 10%ige Integritätsentschädigung (Urk. 2, Urk. 10, Urk. 12, Urk. 18, Urk. 20/2, Urk. 20/6).

Dagegen macht die Beschwerdeführerin zusammengefasst geltend, nicht nur die Kompressionsfraktur L1, sondern auch die Facettengelenksarthrose L3/4 sei gestützt auf die Einschätzung von Dr. C. ___ auf den Unfall vom 22. Mai 2005 zurückzuführen. Die Helsana habe daher die Kosten für die Operation vom 27. November 2009 und für die Physiotherapie zu übernehmen. Aufgrund der daraus resultierenden Beschwerden sei sie zu 40 % arbeitsunfähig, wie Dr. C. ___ und Dr. G. ___ attestiert hätten. Sie habe daher Anspruch auf eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 44 %. Sie sei ab März 2007 in einem Teilzeitpensum von 40 bis 50

% in einem Röntgeninstitut tätig gewesen. Seit April 2008 arbeite sie in einem 60%-Pensum als medizinische Praxisassistentin im Spital H.____. Nach der letzten Operation vom 27. November 2009 sei sie vorübergehend bis zum 6. Januar 2010 zu 100 %, anschliessend vom 7. Januar bis zum 28. Februar 2010 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. März 2010 arbeite sie wieder zu 60 % im erwähnten Spital. Erst seit der unfallbedingten Operation vom 27. November 2009 könne bis auf Weiteres von einer stabilen Situation gesprochen werden. Daher sei der medizinische Endzustand erst nach dieser Operation und dem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit von 60 % am 28. Februar 2010 erreicht. Sie habe daher rückwirkend ab dem 1. März 2007 Anspruch auf Taggelder in verschiedener Höhe. Aufgrund der Unfallkausalität auch der Facettengelenksarthrose L3/4 habe sie zudem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von mindestens 20 %. Sie habe sich im Übrigen am 31. Mai 2011 einer weiteren Rückenoperation unterziehen lassen. Schliesslich habe die Helsana auch für die Kosten der Berichte von Dr. C.____ und Dr. G.____ aufzukommen (Urk. 1, Urk. 14, Urk. 20/1).

3.2 Es ist unbestritten, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Motorradunfalls vom 22. Mai 2005 eine LWK-1-Fraktur zuzog. Für die damit in Zusammenhang stehende Heilbehandlung und die von der Helsana geleisteten Taggelder (Urk. 15/25 im Verfahren Nr. IV.2010.00536) hat sie daher unbestrittenermassen grundsätzlich Anspruch. Strittig ist jedoch, ob sie zusätzlich zu den erbrachten Taggelderleistungen rückwirkend ab dem 1. März 2007 gestützt auf die geltend gemachten, unterschiedlich hohen Arbeitsunfähigkeiten Anspruch auf Taggelder hat (Urk. 1, Urk. 20/1).

3.3 Unbestritten ist sodann gestützt auf die übereinstimmenden medizinischen Berichte (Urk. 11/M18, Urk. 11/M20 S. 14 und S. 16, Urk. 11/K86/2-4, Urk. 11/K119/3, Urk. 20/3/10, Urk. 20/3/8), dass bei der Beschwerdeführerin eine Facettengelenksarthrose L3/4 linksbetont vorliegt (Urk. 1, Urk. 2, Urk. 20/1, Urk. 20/2).

Strittig ist dagegen, ob auch die Facettengelenksarthrose L 3/4 auf den Unfall vom 22. Mai 2005 zurückzuführen ist und die Beschwerdeführerin daher Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung im Sinne von Heilbehandlung, Taggeldern, einer höheren Rente und einer höheren Integritätsentschädigung hat.

3.4 Mit der dem Einspracheentscheid vom 8. April 2011 zugrunde liegenden Verfügung vom 21. Juni 2010 wurden in erster Linie die im Einspracheentscheid vom 4. Juni 2010 zugesprochene Rente und die Integritätsentschädigung betragsmässig festgesetzt. Es handelt sich dabei somit um den Vollzug des ersten Einspracheentscheides. Soweit in der Verfügung vom 21. Juni 2010 und im Einspracheentscheid vom 8. April 2011 nochmals zu den Leistungen als solchen Stellung genommen wurde, ist dieser in derselben Sache ergangene Entscheid als nichtig zu betrachten. Der Einspracheentscheid ist zudem teilweise als Rückweisungsentscheid zu verstehen, auch wenn der Begriff "Rückweisung" selber keine Verwendung findet. So hob die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 27. September 2007 auf mit dem Auftrag an die bei ihr intern zuständige Instanz, für die Zeit zwischen Verfügungserlass und dem zeitlich neu festgelegten Endzustand vom 30. April 2009 nur unfallbedingte Taggelder und Heilungskosten festzulegen. In diesem Sinn hiess sie die Einsprache gut. Im Übrigen Umfang wies sie diese ab (Urk. 2 S. 9 unten und 10 oben). Gestützt darauf hat in der Folge erst die zuständige Abteilung der Beschwerdegegnerin die Taggelder bezuglich

entstehen dort langfristig Spondylophyten, eine eigentliche weitere Kyphosierung werde hingegen wahrscheinlich nicht stattfinden oder nur geringfügig. Aktuell sei nichts zu veranlassen, da die Beschwerdeführerin praktisch beschwerdefrei sei. Langfristig könnten aber chronische Rückenbeschwerden auftreten, falls eine Instabilität L1/2 bestehen bleibe bei degenerativem Zerfall der Bandscheibe (Urk. 10/M14).

4.4 Der beratende Arzt der Helsana, Dr. A. ____, erklärte in seinem Bericht vom 15. August 2007, mit der Rückenverletzung liege eine richtungsgebende Verschlimmerung mit Residualzustand vor, weshalb ein Status quo sine nie erreicht werden könne. Der Status quo ante sei nicht erreicht, da noch Restbeschwerden beständen. Es sei mit einer unfallbedingten bleibenden Beeinträchtigung zu rechnen im Sinne einer konsekutiven Fehlform mit Fehlbelastung und frühzeitig degenerativen Veränderungen. Eine Integritätsentschädigung sei voraussichtlich geschuldet im Bereich von circa 5 % (Urk. 11/M15).

4.5 Dr. B. ____, hielt in seinem Bericht vom 21. September 2007 fest, die Versicherte habe aufgrund der belastungsabhängigen Rückenschmerzen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine 10%ige Integritätseinbusse. Da vom Spital Z. ____, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, seien diesbezüglich keine weiteren Abklärungen nötig. Die angestammte Arbeit als Arzthelferin sei als sehr günstig zu bezeichnen, weshalb an diesem Arbeitsplatz eine volle Leistungsfähigkeit angenommen werden dürfte. In Bezug auf die Prognose für die Zukunft, diese sei natürlich unsicher. Die Frage, ob die benachbarten Gelenke später Probleme machen würden oder nicht, sei zwar nach aktueller Literatur nicht ganz sicher auszuschliessen aber eher unwahrscheinlich (Urk. 11/M16).

4.6 In seinem Gutachten vom 10. Januar 2008 zu Händen der Beschwerdeführerin legte Dr. C. ____, dar, die Situation sei, was die Versteifungsoperation anbelange, nicht stabil. Daher könne sich die Situation verschlechtern, sodass weitere therapeutische oder medizinische Massnahmen notwendig sein könnten. Gemäss den Verlaufsbildern sei der ventrale Cage auf der Bodenplatte von L1 in einem Zeitraum von zwei Jahren migriert. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass in einem späteren Zeitpunkt die jetzt beherrschte Bodenplatte von L1 perforieren könne, insbesondere bei Belastungen. Dieser Prozess wäre beschleunigt, wenn keine stabile und gut aufgebaute Abdominal- und Rückenmuskulatur vorhanden wäre. Sollte der Durchbruch der Bodenplatte L1 geschehen, würde dies einen raschen Verbrauch des Intervertebralraums L1-2 mit sich bringen mit Segmentinstabilitätsbeschwerden, sodass die Beschwerdeführerin dann bei geringen Belastungen, monotonen Positionen wie Stehen oder Sitzen lokale, zunehmende Rückenschmerzen bekomme. Im radiologischen Verlauf zeige sich eine abzeichnende straffe Pseudoarthrose. Im aktuellen Stadium, in welchem der Cage noch nicht perforiert sei und die Versicherte intensives Aufbautraining durchführe, betrage die Arbeitsfähigkeit als medizinische Praxisassistentin 60 %. Sollte sich die Situation verschärfen und die vermutete Perforation eintreten, wäre die Arbeitsfähigkeit deutlich reduziert. Belastende Tätigkeiten im Haushalt wie Staubsaugen, Feuchtreinigen des Fussbodens und Fensterputzen sollten gemieden werden, da diese Aktivitäten eine ungünstige Hebelarmwirkung auf den thorakolumbalen Übergang hätten. Es dürften keine monotonen Positionen wie reines Stehen oder Sitzen ausgeübt werden, auch dürfe sie Gewichte über 15 kg nicht tragen. Die Rotation des Oberkörpers gegenüber dem Unterkörper, die Flexionen und

Extensionen der Wirbelsäule sollten gemieden werden. Da der Cage nicht perforiert sei, bestehe im Haushalt eine Beeinträchtigung von 25 %. In stabilem Zustand und unter der Voraussetzung, dass der Cage nicht perforiere, seien in Bezug auf die Integritätsentschädigung auf der Schmerzfunktions-Skala zwei Kreuze anzugeben bei geringen Dauerschmerzen auch in Ruhe, welche bei Belastung verstärkt seien. Zudem betrage die Integritätsentschädigung bei Frakturen der Lendenwirbelsäule mit Keilwirbel zwischen 10 und 20 %. Falls der Cage perforiere, sei die Integritätseinbusse mit 20 bis 30 % zu beziffern (Urk. 11/M17).

4.7. Im Bericht der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - Computertomographie (CT) des Departements Medizinische Radiologie des Spitals Z. vom 23. April 2008 wurden eine Pseudarthrose Th12/L1 mit leichter Fluoridanreicherung linksseitig in LWK 1 und schmalen Resorptionssaum um den Cage als Hinweis auf eine Lockerung, eine aktivierte Facettenarthrose L3/4 links, eine fokale nidusartige benigne imponierende Läsion kortikal in der proximalen Femurdiaphyse links und eine leichte Insertionstendinopathie am Trochanter major beidseits aufgeführt (Urk. 11/M18).

4.8. Prof. Dr. D. stellt in seinem Gutachten vom 30. April 2009 die Diagnose von residuellen Lumbalgien mit/bei einer Kompressionsfraktur L1 Typ A1 am 22. Mai 2005, einem Status nach dorsaler Frakturaufrichtung und Instrumentation mit Fixateur interne am 23. Mai 2005, einem Status nach ventraler Cage-Implantation Th12/L1 am 27. Mai 2005 und einem Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 17. Februar 2006 (Urk. 11/M20 S. 13). Die Versicherte klagt über residuelle lumbale Rückenschmerzen, welche belastungs- und bewegungsabhängig seien. Sie mache für ihren Rücken sehr viel Therapie und Sport. Es fände sich aktuell eine in Fehlstellung konsolidierte Fraktur mit Facettengelenksarthrose L1/2, welche initial instrumentiert worden aber nicht fusioniert sei. Ferner beständen leichtgradige degenerative Veränderungen, insbesondere eine Facettengelenksarthrose L3/4 links. Klinisch hätten sich aber keine Anhaltspunkte für eine symptomatische Facettengelenksarthrose gezeigt. Die Bandscheiben seien - abgesehen vom Segment Th12/L1 (spondylodesiert) und L1/2 - altersentsprechend normal. Aufgrund des CT lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Konsolidierung annehmen, da Knochenbrüchen im Bereich des linksseitigen Wirbelsäulenzugangs vorhanden seien. Der Durchbau sei allerdings nicht sehr kräftig. Gegen eine Lockerung des Cages spreche ein fehlender Aufhellungssaum im Bereich der beiden Bodenplatten Th12 und L1. Die von Dr. Strobel im PET-CT vermutete Pseudarthrose könne computertomographisch nicht bestätigt werden. Der Cage sei bereits innerhalb der ersten drei Monate im mittleren Anteil durch die Bodenplatte von L1 durchgebrochen und habe sich seither nicht mehr verändert. Eine weitere Cage-Sinterung sei ohne zusätzliches Trauma sehr unwahrscheinlich. In den operierten Segmenten Th12 und L1 sowie L1/2 beständen degenerative Veränderungen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall beziehungsweise dessen Therapie (Frakturaufrichtung) zurückzuführen seien. Es sei bekannt, dass ein stabilisiertes aber nicht fusioniertes Segment zu einer Arthrose der Facettengelenke führen könne. Inwieweit allerdings diese Arthrose und nicht die Arthrose L3/4 symptomatisch sei oder die übrigen Facettengelenksarthrosen symptomatisch seien, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen oder verifiziert werden. Anamnestisch beständen keine Symptome, welche aktuell auf ein Facettengelenkssyndrom hinweisen würden. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die leichtgradigen degenerativen Veränderungen,

insbesondere die Facettengelenksarthrose L3/4, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich zu den jetzigen Beschwerden beitragen würden (Urk. 11/M20 S. 16 f.). Die Versicherte habe ihr Arbeitspensum von 100 auf 60 % reduziert und komme mit dieser Einschränkung sehr gut zurecht. Die Arbeitsfähigkeit als medizinische Praxisassistentin sei aufgrund der posttraumatischen residuellen Rückenschmerzen jedoch leichtgradig im Umfang von 20 % eingeschränkt. Aufgrund der erlittenen Fraktur sei ein Integritätsschaden von 10 % entstanden (Urk. 11/M20 S. 14 ff.). Eine weiterführende Behandlung sei im Moment nicht erforderlich (Urk. 11/M20 S. 16).

4.9.1.1

4.9.1.1 In seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2009 führte Dr. C. in Bezug auf das Gutachten von Prof. Dr. D. an, es beständen immer noch belastungsbedingte Beschwerden. Die Versicherte führe circa fünf Stunden pro Woche ein selbständiges Training durch, habe ihr Arbeitspensum von 100 auf 60 % reduzieren müssen und nehme gelegentlich Analgetika ein. Radiologisch sei klar festzuhalten, dass sich der Zustand nach der Osteosynthesematerialentfernung deutlich verschlechtert habe, dass das Endresultat noch nicht erreicht sei und dass mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Re-Operation dorsal gerechnet werden müsse. Die Facettengelenksarthrose sei ebenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Im radiologischen Verlauf habe sich eine deutliche Verschlechterung gezeigt bei im Vordergrund stehender dokumentierter Pseudarthrose gemäss der PET-Aufnahme. Die PET-Aufnahme sei deutlich sensitiver als das CT, welches zwar mehrfach erwähnt worden sei, jedoch als Beweis betreffend den Durchbau versagt habe. Das CT bewerte die Knochenbrüche zu stark und sei nicht so sensitiv wie das Fluorid-PET vom April 2008, welches eine Pseudarthrose Th12/L1 festhalte. Eine weitere wichtige Aussage des Gutachtens von Prof. Dr. D. sei, dass bei der CT-Aufnahme im Liegen keine skoliotische Deformierung vorhanden sei, im Stehen jedoch eine minime Skoliose von 4 % habe festgestellt werden können. Dies plädiere für eine posttraumatisch bedingte Schon- oder Fehlhaltung, welche somit auch eine unphysiologische Belastung des Facettengelenks L3/4 mit sich bringe, weshalb die Facettengelenksarthrose L3/4 links ebenfalls als posttraumatisch und damit unfallkausal bezeichnet werden könne. Bei dem von Prof. Dr. D. mit 10 % eingeschränkten Integritätsschaden handle es sich schliesslich um die untere Limite. Bei der überaus anstrengenden Versicherten, welche grösstenteils alles selbständig getragen habe und mit nur dem geringsten Anspruch an die Unfallversicherung gelangt sei, könne die Helsana grosszügig sein und die Marge zwischen 10 und 20 % zugunsten der Versicherten ausschöpfen (Urk. 11/K86/2 S. 3 ff.).

4.9.1.2 PD Dr. F. hielt in seiner Beurteilung vom 19. Juni 2009 fest, es bestehe eine posttraumatische Kyphose trotz der Cage-Einlage, welche zu einer Verlängerung der thorakalen Kyphose in die mittlere Lendenwirbelsäule (LWS) Anlass gebe. Entsprechend müsse die untere Lendenwirbelsäule durch vermehrte Lordosierung die statische Fehlstellung im Frakturbereich ausgleichen, was zu einer vermehrten Beanspruchung der Facettengelenke führe. Im Zuge dieser Fehlbeanspruchung sei im MRI eine deutliche Arthrose L3/4 mit Facettengelenkzysten, links ausgeprägter als rechts erkennbar, welche offenbar klinisch zunehmend symptomatisch werde. Diese aufgrund der statischen posttraumatischen Fehlstellung entstandene überbeanspruchung sei unfallkausal. Eine Probeinfiltration der Facettengelenke L3/4 habe eine temporäre Verbesserung der lumbalen Beschwerden gebracht, was auf die Zuordnung der Beschwerden in guter

NÄherung schliessen lasse. Dr. F. ___ empfahl weiter, vor ErwÄrgung einer Massnahme auf L3/4 zusÄtzlich auch die Facettengelenke L1/2 zu infiltrieren, da dort aufgrund der posttraumatischen Kyphosierung auch eine gewisse Dyskongruenz bestehe, welche ebenso zu vertebro-articulÄren Beschwerden Anlass geben kÄnnen. Falls dort keine BefundverÄnderung erzielt werden kÄnnen, kÄnnen die Frage einer Massnahme auf L3/4 erwogen werden. Da die Bandscheiben im Kernspintomogramm ausserhalb der Frakturzone von L1 altersentsprechend gut erhalten seien, wÄre es schade, die Etage L3/4 mit einer rigiden Spondylodese gleich wie zu opfern, da dann bei der verhÄltnismÄssig jungen Patientin die Nachbaretagen mittelfristig doch verstÄrkt degenerativ verÄndert wÄrden (Urk. 11/K86/3).

4.9.3Ä Ä Im Rahmen einer second Opinion erklÄrte Dr. G. ___ in seinem Bericht vom 6. Juli 2009, aufgrund der CT-Untersuchung vom 6. Januar 2006 sei entschieden worden, dass das Osteosynthesematerial entfernt werden kÄnnen. Das habe sich nachtrÄglich als Irrtum herausgestellt. Nach der Entfernung des Materials am 16. Februar 2006 sei es bei noch nicht vorhandener Fusion zu einer Segmentsinterung, zu einem Einbruch des Spacers in die Bodenplatte L1 sowie zu einer zunehmenden Segmentkyphosierung gekommen und es habe sich auch eine zunehmende Skoliose in diesem Segment eingestellt. Dabei habe die vor der Operation durchgefÄhrte CT-Untersuchung keine Facettengelenksarthrosen im Bereich unterhalb LWK 1 aufgewiesen. Initial sei es der Versicherten gut gegangen, nach der Entfernung des Osteosynthesematerials habe sich die Situation aber merklich verschlechtert. Es habe sich eine verstÄrkte Segmentkyphosierung eingestellt sowie eine eindeutig posttraumatische linksbetonte Facettengelenksarthrose L3/4, die im CT unmittelbar nach dem Unfall nicht vorhanden gewesen sei und durch eine nach der Osteosynthesematerialentfernung aufgetretene verstÄrkte skoliotische DeformitÄt bedingt sei. Die PET-Untersuchung vom 23. April 2008 habe gezeigt, dass eine Fluoridanreicherung um den Cage als Zeichen einer Pseudarthrose beziehungsweise einer nach wie vor vorhandenen RestinstabilitÄt bestehe. ZusÄtzlich sehe man eine aktivierte Arthrose L3/4, wobei eine solche in der Regel mit Schmerzen verbunden sei. Allesamt genannten Pathologien, welche jetzt vorhanden seien, seien unfallkausal. Realistischerweise bestehe eine 40%ige ArbeitsunfÄhigkeit, welche der aus freien StÄcken vorgenommenen Reduktion entspreche. Um Streitigkeiten zu vermeiden, solle der Mittelweg gewÄhlt und eine ArbeitsfÄhigkeit von 70 % bis zum Eintritt einer objektivierbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes angenommen werden. In Bezug auf die IntegritÄtsentschÄdigung solle ebenfalls eher zu Gunsten der Patientin von einer 20%igen IntegritÄtseinbusse ausgegangen werden. Prognostisch dÄrften selbst bei angepasster ArbeitstÄtigkeit und reduzierter Belastung mittelfristig weitere Operationen auf sie zukommen (Urk. 11/K86/4).

4.10Ä Ä Im prÄoperativen Arztbericht vom 20. November 2009 hielt Dr. med. J. ___, FachÄrztin FMH fÄr Innere Medizin, fest, es gehe der BeschwerdefÄhrerin bis auf die RÄckenproblematik gut. Es bestÄnden im Liegen bis fast an die Knie reichende ParÄsthesien in beiden Beinen (Urk. 11/M21).

4.11Ä Ä Am 27. November 2009 fÄhrte Dr. C. ___ eine transpendunkulÄre Stangenspondylodese L3/4 beidseits, eine Hemilaminotomie, eine Foraminotomie, eine Neurolyse und Dekompression L3/4 links, eine DornfortsatzglÄttung Th12 und eine Narbenkorrektur gluteal links durch (Urk. 11/M22). Die Versicherte verblieb daraufhin bis zum 6. Dezember 2009 im Spital H. ___.

Im Bericht vom 10. Dezember 2009 wiederholte Dr. C.____, nach der am 16. Februar 2006 erfolgten Osteosynthesematerialentfernung sei es zu einer Sinterung mit folgender Fehllhaltung und im Verlauf zu einer Facettengelenksarthrose L3-4 links gekommen, welche auf den PET-Aufnahmen vom 23. April 2008 deutlich erkennbar sei. Im Verlauf seien die Beschwerden invalidisierend und therapieresistent geworden, sodass wegen einer Dysästhesie im Oberschenkel links eine Spondylodese L3/4 durchgeführt worden sei mit Dekompression L3/4 links. Intraoperativ habe eindeutig festgestellt werden können, dass die Spitze der Facette L3 links eine Pseudoarthrosefraktur aufweise, welche bis anhin nicht erkannt worden und mitverantwortlich für die Beschwerden der Versicherten gewesen sei (Urk. 11/M23).

4.12 Prof. Dr. D.____ nahm in seinem Bericht vom 6. Februar 2010 Stellung zur Operation und zur Einschätzung von Dr. C.____ sowie zu den Berichten von PD Dr. F.____ und Dr. G.____. Er hielt in Bezug auf die Frage der Unfallkausalität der Facettengelenksarthrose L3/4 fest, eine Arthrose im Anschlusssegment einer Spondylodese sei grundsätzlich eine bekannte und gut dokumentierte Folgeerscheinung. Im zu beurteilenden Fall sei allerdings nicht das Nachbarsegment, sondern das übernächste Segment unterhalb der Fusion bei einer Fraktur betroffen. In einer Langzeit-Studie zur konservativen Behandlung von thorako-lumbalen Frakturen habe keine signifikante Veränderung in den Bandscheiben der Nachbarsegmente festgestellt werden können, obwohl im Nachkontrollzeitraum die Kyphose zugenommen habe. In einer weiteren Arbeit, welche nicht nur das direkte Nachbarsegment, sondern alle nicht fusionierten lumbalen Segmente untersucht habe, hätten keine Hinweise für eine Degeneration der subfunktionalen (unteren) Segmente gefunden werden können. Zusammenfassend sei die Segmentdegeneration L3/4 nur möglicherweise auf die Fraktur und die nachfolgende Behandlung (Spondylodese) zurückzuführen. Basierend auf einer eingehenden Literaturanalyse hätten sich gutachterlich nicht genügend Fakten ergeben, um die im vorliegenden Fall eingetretene symptomatische Degeneration im Segment L3/4 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal anzusehen. Die von Dr. C.____ intraoperativ beschriebene Fraktur mit Pseudarthrose könne er aufgrund der Unterlagen insbesondere wegen der wenig detaillierten Beschreibung nicht nachvollziehen. Es handle sich dabei eher um ein Ossikel im Rahmen einer Arthrose, welche bereits in der gutachterlichen MRI-Untersuchung vom 27. Februar 2009 als leichtgradige Veränderung beschrieben worden sei. Falls es sich tatsächlich um eine Facettengelenksfraktur gehandelt habe, so wäre vier Jahre nach dem Unfall eine ausgeprägtere Arthrose zu erwarten gewesen, als sich diese zum Zeitpunkt des Gutachtens präsentierte. Versicherungstechnisch gehe er davon aus, dass der Endzustand zum Zeitpunkt des Gutachtens per 30. April 2009 erreicht gewesen sei (Urk. 11/M24).

4.13 In der bildgebenden Untersuchung des I.____ vom 25. Februar 2010 habe sich keine signifikante Skoliose gezeigt bei einem Status nach Kompressionsfraktur des LWK 1 und der Implantation eines Expanders. Eine Volumenminderung von LWK 1 liege vor, wobei der proximale Teil des Expanders an der Bodenplatte von BWK 12 und der distale Teil knapp oberhalb der Bodenplatte von LWK 1 gelegen habe. Zudem sei ein Status nach Spondylodese auf der Ebene L3/4 gegeben, wobei das Spondylodesematerial sich in situ befinde und intakt sei (Urk. 11/M25).

4.14 In seinem Bericht vom 20. April 2010 führte Dr. C.____ aus, das präoperativ durchgeführte CT der LWS vom Mai 2005 zeige neben der Kompressionsfraktur L1 eine

bis anhin zu wenig beachtete Fraktur des Facetten-Prozessus inferior L3 links, welche im Verlauf eine deutlich führende Rolle als Ursprung des Schmerzes übernommen habe. Die Operation L3/4 sei wegen eines therapieresistenten, invalidisierenden lumbospondylogenen Syndroms mit Pseudoischialgien links durchgeführt worden. Dabei sei dieses verursacht worden durch eine verstärkte segmentale Kyphosierung nach zu früher Osteosynthesematerialentfernung und darauf folgende Segmentsinterung, was eine Fehlbelastung der Facetten L3/4 zur Folge gehabt habe. Die Facettenarthrose L3/4 sei damit klar posttraumatisch. Die Segmentsinterung L1-2 und die zunehmende Kyphosierung sei in den bildgebenden Unterlagen ersichtlich. Auf dem bildgebenden Dokument der Operation vom 27. November 2009 sei ein grosses Facettenganglion ganz klar erkennbar, welches die Beschwerden verursacht und den "hotspot" im PET dargestellt habe. Der postoperative Verlauf habe gezeigt, dass das Problem im Bereich L3/4 links ein Ursprung des Schmerzes gewesen sei, da die Beschwerden postoperativ nachgelassen hätten. Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Das Hauptproblem sei, dass nun ein Zwischensegment L2-3 vorliege, welches quasi "ins Sandwich" genommen werde und im Verlauf dekomensieren könne. Dies könnte - falls die Belastungsbeschwerden zunehmen - eine Verlängerungsspondylodese nach sich ziehen. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule stosse die Beschwerdeführerin mit der 60%igen Arbeitsfähigkeit an ihre Grenzen. Prof. Dr. D. ___ habe sich bei der Beurteilung der Unfallkausalität lediglich auf in der Literatur widergegebene Studienresultate gestützt. Er berücksichtige die intraoperativen Kenntnisse und den intraoperativ festgestellten Situs nicht. Es handle sich klar um Unfallfolgen (Urk. 11/K119/3).

4.15 Am 29. September 2010 wurde in der Klinik für Nuklearmedizin des Spitals Z. ___ ein TK-Fluorid-PET/CT durchgeführt. Es habe sich eine schwache Aktivität linksseitig zirkumferent um den Cage in LWK 1 gezeigt, welche mit dem ossären Einbau des Cages vereinbar sei. Es habe keinen Hinweis auf vermehrten Stress/Instabilität im Bereich L1-3 gegeben. Weiter seien die bekannte, gering progrediente, aktivierte Facettengelenksarthrose L3/4 links sowie in erster Linie die Einbau-/Fusionsvorgänge um einen ossären Span dorsal des Facettengelenks L3/4 rechts beginnend und nach kaudal verfolgbar vorhanden. Im Weiteren beständen eine bekannte, grossenstationäre, nidusartige, benigne, imponierende Läsion kortikal in der proximalen Femurdiaphyse links dorsomedial, Differentialdiagnose Osteoidosteom, Brodie-Abszess sowie eine leichte Insertionstendinopathie am Trochanter major beidseits (Urk. 20/3/10).

4.16 Im Bericht vom 2. Mai 2011 hielt Dr. C. ___ fest, insbesondere im Frühjahr 2011 habe die Versicherte regelmässig eine erhöhte Analgetika-Medikation benötigt. Es bestehe nach wie vor ein belastungsabhängiges, invalidisierendes, tieflumbales, lumbospondylogenes Syndrom mit Ausstrahlungen in den linken Oberschenkel sowie inguinal rechts. Im Vordergrund stehe die Facettengelenksarthrose L3/4. Der am 9. Februar 2011 durchgeführte Sakralblock habe eine Teillinderung gebracht. Zur Zeit werde die Versicherte weiterhin konservativ behandelt. Es bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit und eine 20%ige Integritätseinbusse (Urk. 20/3/8).

4.17 Die Beschwerdeführerin musste sich am 31. Mai 2011 einer weiteren Operation unterziehen. Aufgrund therapieresistenter Lumboischialgien inguinal ausstrahlend rechts betont, welche auf die Etage L2/3 hätten zurückgeführt werden können, seien eine Spondylodese L2/3 beidseits mit Hemilaminotomie L2/3 beidseits und eine Facettengangliosanierung L4/5 links vorgenommen worden. Dabei sei auch das

Osteosynthesematerial L3/4 in toto entfernt worden. Die Beschwerdeführerin sei vom 30. Mai bis zum 4. Juli 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsaufnahme ihrer 60%-Stelle folge am 4. Juli 2011 zu 50 % (Urk. 15/1-2).

5.1.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1.1 Entgegen der Auffassung der Helsana ist nicht nur die Fraktur des Lendenwirbels L3/4, sondern auch die aktivierte Facettengelenksarthrose L3/4 natürlich und adäquat kausal zum Unfallereignis vom 22. Mai 2005. Insbesondere schloss Prof. Dr. D. ___ in seinem Gutachten vom 30. April 2009 noch nicht auf eine fehlende Unfallkausalität der Facettengelenksarthrose L3/4, sondern hielt lediglich fest, dass sie - angesichts der übrigen Diagnosen - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit symptomatisch sei (Urk. 11/M20 S. 14 und S. 17). Erst in seiner Ergänzungsmeinung vom 6. Februar 2010 verneinte er die Unfallkausalität der Facettengelenksarthrose L3/4 und begründete seine Auffassung im Wesentlichen mit zwei in der Fachliteratur publizierten Studien. So hielt Prof. Dr. D. ___ fest, basierend auf einer eingehenden Literaturanalyse hätten sich gutachterlich nicht genügend Fakten ergeben, um die im vorliegenden Fall eingetretene symptomatische Degeneration im Segment L3/4 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal anzusehen (Urk. 11/M24 S. 2 f.). Die Verneinung der Unfallkausalität lediglich gestützt auf Studienergebnisse vermag jedoch nicht zu überzeugen. Dahingegen wurde bereits im ambulanten Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z. ___ vom 12. Juli 2007 festgehalten, dass eine leichte Kyphosierung nach der Materialentfernung aufgetreten sei und langfristig chronische Rückenbeschwerden auftreten könnten, falls die Instabilität L1/2 bestehen bleibe bei degenerativem Zerfall der Bandscheibe (Urk. 10/M14). Auch Dr. A. ___ erklärte in seinem Bericht vom 15. August 2007, es sei mit einer unfallbedingten bleibenden Beeinträchtigung zu rechnen im Sinne einer konsekutiven Fehlform mit Fehlbelastung und frühzeitigen degenerativen Veränderungen (Urk. 11/M15). Dr. B. ___ hielt sodann in seinem Bericht vom 21. September 2007 fest, die Frage, ob die benachbarten Gelenke später Probleme machen würden oder nicht, sei zwar nach aktueller Literatur nicht ganz sicher auszuschliessen aber eher unwahrscheinlich (Urk. 11/M16). Damit wurde bereits zu einem frühen Zeitpunkt darauf hingewiesen, dass Beschwerden nicht nur betreffend die LWK-1-Fraktur an sich, sondern - zufolge der konsekutiven Fehlform mit Fehlbelastung - in Zukunft auch in Bezug auf die benachbarten Gelenke auftreten könnten. Die Unfallkausalität der Facettengelenksarthrose L3/4 wurde damit von Beginn an nicht ausgeschlossen.

1.1.1.1.1.1.1 Entsprechend der überzeugenden, übereinstimmenden medizinischen Auffassungen von Dr. C. ___, PD Dr. F. ___ und Dr. G. ___ trat in der Folge die prognostizierte Fehlform und Fehllage - die im Übrigen von Prof. Dr. D. ___ nicht verneint wurde - ein und führte zur unfallkausalen Facettengelenksarthrose L3/4. So legte Dr. C. ___ dar, die auch von Prof. Dr. D. ___ festgestellte Skoliose plädierte für eine posttraumatisch bedingte Schon- oder Fehllage, welche somit auch eine unphysiologische Belastung des Facettengelenks L3/4 mit sich bringe, weshalb die Facettengelenksarthrose L3/4 links ebenfalls als posttraumatisch und damit als unfallkausal bezeichnet werden könne (Urk. 11/K86/2 S. 4). Weiter erklärte PD Dr. F. ___ in seiner Beurteilung vom 19. Juni 2009, es bestehe eine posttraumatische Kyphose trotz der Cage-Einlage, welche zu einer Vergrößerung der thorakalen Kyphose in die mittlere Lendenwirbelsäule (LWS) Anlass gebe. Entsprechend müsse die untere

Lendenwirbelsäule durch vermehrte Lordosierung die statische Fehlstellung im Frakturbereich ausgleichen, was zu einer vermehrten Beanspruchung der Facettengelenke führte. Im Zuge dieser Fehlbeanspruchung sei im MRI eine deutliche Arthrose L3/4 mit Facettengelenkzysten, links ausgeprägter als rechts erkennbar, welche offenbar klinisch zunehmend symptomatisch werde. Diese aufgrund der statischen posttraumatischen Fehlstellung entstandene Überbeanspruchung sei unfallkausal. Eine Probeinfiltration der Facettengelenke L3/4 habe eine temporäre Verbesserung der lumbalen Beschwerden gebracht, was auf die Zuordnung der Beschwerden in guter Näherung schliessen lasse (Urk. 11/K86/3). Schliesslich wies auch Dr. G. ___ in seinem Bericht vom 6. Juli 2009 darauf hin, dass es nach der Entfernung des Osteosynthesematerials am 16. Februar 2006 bei noch nicht vorhandener Fusion zu einer Segmentsinterung, zu einem Einbruch des Spacers in die Bodenplatte L1 sowie zu einer zunehmenden Segmentkyphosierung gekommen sei und sich eine zunehmende Skoliose in diesem Segment eingestellt habe. Dabei habe die vor der Operation durchgeführte CT-Untersuchung keine Facettengelenksarthrosen im Bereich unterhalb LWK 1 aufgewiesen. Bedingt durch die verstärkte Segmentkyphosierung beziehungsweise skoliotische Deformität habe sich eine eindeutig posttraumatische linksbetonte Facettengelenksarthrose L3/4 eingestellt. Dabei sei eine aktivierte Arthrose L3/4 in der Regel mit Schmerzen verbunden (Urk. 11/K86/4).

Über entsprechende Beschwerden klagte die Beschwerdeführerin denn auch. So geht aus dem Gutachten von Prof. Dr. D. ___ hervor, dass sie an ziehenden Leistenschmerzen mit Taubheitsgefühl rechts gluteal leide. Sie habe häufig lumbale Rückenschmerzen mit schmerzfreen Intervallen. Eine Schmerzepisode dauere etwa zwei bis drei Wochen. Im Alltagsleben komme sie damit gut zurecht. Für schwere Hausarbeiten habe sie familiäre Unterstützung. Sie nehme häufig, aber nicht täglich, Spiralgin ein, um in der Nacht besser schlafen zu können (Urk. 11/M20 S. 9).

5.2 Aufgrund der medizinischen Beurteilungen ist die Facettengelenksarthrose L3/4 somit ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 22. Mai 2005 zurückzuführen. Die Helsana hat daher auch für die damit zusammenhängende Heilbehandlung aufzukommen und insbesondere die Kosten für die Operation vom 27. November 2009 (Urk. 11/M22) zu übernehmen.

6. Die Helsana erachtete den Endzustand gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. D. ___ per 30. April 2009 als erreicht (Urk. 2 S. 8). Dahingegen macht die Beschwerdeführerin geltend, der Endzustand sei aufgrund der Operation vom 27. November 2009 erst per 28. Februar 2010 erreicht worden (Urk. 1 S. 9, Urk. 20/1 S. 4).

Wie vorstehend in Erwägung 5 festgehalten, sind die Facettengelenksarthrose L3/4 und damit auch die Operation vom 27. November 2009 unfallkausal. Entgegen der Auffassung der Helsana war der Endzustand per 30. April 2009 daher nicht erreicht. Dass der Endzustand per 28. Februar 2010 erreicht wurde, wie die Beschwerdeführerin geltend macht, kann hingegen auch nicht bestätigt werden. Denn selbst Dr. C. ___, auf den sich die Beschwerdeführerin beruft (Urk. 1 S. 9), hielt in seinem Bericht vom 20. April 2010 den Endzustand für noch nicht erreicht. Er führte insbesondere an, es sei erst ein Zwischenabschnitt erreicht, in welchem im Moment keine operativen Massnahmen notwendig seien (Urk. 11/K119/3 S. 2 f.). In der Folge wurde denn auch bereits am 31. Mai 2011 eine weitere Operation nötig - unter anderem zur Entfernung des Osteosynthesematerials L3/L4 (Urk. 15/1). Diese erfolgte jedoch erst nach

den Einspracheentscheiden vom 4. Juni 2010 und vom 8. April 2011 und ist demzufolge nicht Gegenstand dieses Verfahrens. Immerhin kann aufgrund der durch den weiteren Verlauf bestÄrtigten AusfÄhrungen von Dr. C.____ ausgeschlossen werden, dass vor Erlass des zeitlich massgebenden Einspracheentscheides vom 4. Juni 2010 der Endzustand erreicht war. Zumindest bis zu diesem Zeitpunkt ist, soweit eine ArbeitsunfÄhigkeit ausgewiesen ist, grundsÄtzlich weiterhin Taggeld geschuldet und bestand kein Anlass zur PrÄfung des Rentenanspruches. Die ÄberprÄfung der InvaliditÄts- und IntegritÄtsschadensbemessung erÄbrigt sich daher zum jetzigen Zeitpunkt, weil sie verfrÄht wÄre.

7.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

7.1Ä Ä Ä Ä Die BeschwerdefÄhrerin beantragt gestÄtzt auf eine 40%ige ArbeitsunfÄhigkeit vom 1. MÄrz 2007 bis zum 25. November 2009, gestÄtzt auf eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit vom 26. November 2009 bis zum 6. Januar 2010 und gestÄtzt auf eine 50%ige ArbeitsunfÄhigkeit vom 7. Januar 2010 bis zum 28. Februar 2010 Taggelder. Äber die HÄhe und den Umfang des Taggeldanspruchs vor dem Zeitpunkt der ursprÄnglich per 27. September 2007 verfÄgten Leistungseinstellung erging jedoch noch kein abschliessender Entscheid der Verwaltung (vgl. E. 3.4 oben), denn mit der dem hier zu beurteilenden Einspracheentscheid zugrundeliegenden VerfÄgung vom 27. September 2007 hatte die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen fÄr Taggeldleistungen noch als nicht erfÄllt erachtet (Urk. 11/K32 S. 2). DiesbezÄglich ist daher auf die Beschwerde nicht einzutreten.

7.2Ä Ä Ä Ä Es rechtfertigtÄ sich, dazu dennoch Folgendes festzuhalten: Entgegen der Auffassung der BeschwerdefÄhrerin lÄsst sich den Akten fÄr den Zeitraum vom 1. MÄrz 2007 bis zum 10. Januar 2008 keine Ärtlich attestierte und medizinisch begrÄndete ArbeitsunfÄhigkeit entnehmen. So hielt der damalige Hausarzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH fÄr Innere Medizin, die BeschwerdefÄhrerin im Bericht vom 25. Juni 2007 in jenem Zeitraum nicht fÄr arbeitsunfÄhig (Urk. 11/M13). Auch im ambulanten Bericht der Unfallchirurgie des Spitals Z.____ vom 12. Juli 2007 wurde eine 100%ige ArbeitsfÄhigkeit attestiert (Urk. 11/M14). Ferner erwÄhnten sowohl Dr. A.____ als auch Dr. B.____ in ihren Berichten vom 15. August und 21. September 2007 keine ArbeitsunfÄhigkeit (Urk. 11/M15-16), vielmehr fÄhrte Dr. B.____ an, es dÄrfe eine volle LeistungsfÄhigkeit angenommen werden (Urk. 11/M16 S. 2). Zudem beschrieb sich die Versicherte selbst im Mai sowie August 2007 als praktisch beschwerdefrei und erwÄhnte keine eingeschrÄnkte ArbeitsfÄhigkeit (Urk. 11/K28, Urk. 11/K30). Eine 40%ige ArbeitsunfÄhigkeit wurde schliesslich erstmals im Bericht von Dr. C.____ vom 10. Januar 2008 erwÄhnt (Urk. 11/M17 S. 2). Damit entfÄllt fÄr den Zeitraum vom 1. MÄrz 2007 bis zum 10. Januar 2008 ein Anspruch auf Taggelder, da dieser eine mindestens teilweise ArbeitsunfÄhigkeit voraussetzt (vgl. vorstehend ErwÄgung 2.3). Angesichts der Äbereinstimmenden medizinischen Angaben und der echtzeitlichen EinschÄtzung der BeschwerdefÄhrerin selbst vermag ihr handschriftlicher Vermerk vom 4. Februar 2010, sie habe seit Januar 2007 zu 60 % gearbeitet (Urk. 3/4), nichts an diesem Resultat zu Ändern.

7.3Ä Ä Ä Ä Wie nachstehend zu zeigen sein wird, kann auch die ArbeitsfÄhigkeit ab Januar 2008 gestÄtzt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden, womit Äber einen Anspruch auf Taggelder ab diesem Zeitpunkt ohnehin nicht abschliessend befunden werden kann. Die Helsana hat daher - nach den

durchzuführen im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des Endzustandes (vgl. vorstehend Erwägung 6) und der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2008 - auch über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Taggelder ab Januar 2008 neu zu befinden. Dabei wird sie abzuklären haben, in welchem Ausmass und für wie lange die Beschwerdeführerin nach der Operation vom 27. November 2009 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war.

8.1.1.1.1.1.

8.1.1.1.1. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Prof. Dr. D. in seinem Gutachten vom 30. April 2009 aus, die Versicherte solle Tätigkeiten meiden, in denen sie ständig schwer heben und tragen oder lange Zeit sitzen müsse, ohne die Möglichkeit zu haben, aufzustehen. Es sei zu erwarten, dass bei einer vollen Arbeitsfähigkeit deutlich mehr Schmerzen auftreten würden und sie mittel- und langfristig eingeschränkt wäre. Bei der derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 60 % seien zusätzliche Pausen nicht nötig. Bei einer höheren Arbeitsfähigkeit wären längere Pausen sehr zu empfehlen, um die langfristige Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Die Reduktion in der Arbeitsfähigkeit als medizinische Praxisassistentin betrage aufgrund der erlittenen Fraktur 20 % bei sonst voller Leistungsfähigkeit (Urk. 11/M20 S. 18 f.). Prof. Dr. D. hielt an der Einschätzung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in seinem Zusatzbericht vom 6. Februar 2010 fest (Urk. 11/M24).

8.1.1.1.2. Dagegen wiederholte Dr. C. in seinen Berichten, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der unfallkausalen Beschwerden entsprechend der von ihr vorgenommenen Pensumsreduktion zu 40 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 11/M17, Urk. 11/K86/2, Urk. 11/K119/3, Urk. 20/3/8). Während PD Dr. F. in seinem Bericht vom 19. Juni 2009 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte (Urk. 11/K86/3), hielt Dr. G. fest, die von der Beschwerdeführerin vorgenommene Pensumsreduktion von 40 % sei realistisch. Um weitere Streitigkeiten zu vermeiden, sei jedoch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit auf Dauer anzunehmen (Urk. 11/K86/4 S. 3).

8.2.1.1.1. Vorweg festzuhalten ist, dass die Beschwerdeführerin gezeigt hat, dass sie arbeitswillig ist, zumal sie - abgesehen von wenigen kurzen Unterbrüchen unmittelbar nach dem Unfall und den nachfolgenden Operationen - immer arbeitstätig war. Dabei steht fest, dass sie - gestützt auf die Einschätzung von Prof. Dr. D. - aufgrund der erlittenen Fraktur zumindest im Umfang von 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Urk. 11/M20). Inwieweit die Arbeitsfähigkeit - aufgrund der unfallkausalen Facettengelenksarthrose L3/4 - darüber hinaus beeinträchtigt ist, kann gestützt auf die Angaben von Dr. C. und Dr. G. nicht abschliessend beurteilt werden, denn es scheint sich bei den Angaben um mehr oder weniger zufällige Einschätzungen zu handeln, entweder gestützt auf die vorgenommene Pensumsreduktion oder nicht. Dabei ist auch zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin ihr Pensum - trotz der von Dr. C. bereits im Januar 2008 attestierten 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/M17) - erst im Herbst 2008 von 70 auf 60 % reduzierte (Urk. 15/16 S. 3 und Urk. 15/27 im Verfahren Nr. IV.2010.00536). Die Sache ist daher an die Helsana zurückzuweisen, damit diese die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin, soweit diese 20 % übersteigt, unter Berücksichtigung der unfallkausalen Facettengelenksarthrose L3/4 und eventuell weiterer Beschwerden (vgl. die Operation vom 31. Mai 2011) mittels einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) abklären lasse.

9. Â Â Â Â Â Â

9.1 Â Â Â Â Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Facettengelenksarthrose L3/4 unfallkausal ist. Die Beschwerdegegnerin wird diese Gesundheitsst rzung bei der Festsetzung ihrer Leistungen daher zu berücksichtigen haben. Da der Endzustand im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 4. Juni 2010 noch nicht erreicht war, wird sie indes zunächst über den 30. April 2009 hinaus Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen zu erbringen haben, soweit die spezifischen Leistungsvoraussetzungen erf llt sind. Dementsprechend sind die Einspracheentscheide vom 4. Juni 2010 und 8. April 2011 aufzuheben und ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über die entsprechenden Leistungen neu verfüge.

9.2 Â Â Â Â Nach st ndiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Die Prozessentschädigung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit   34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Beschwerdef hrerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

9.3 Â Â Â Â Die Beschwerdef hrerin beantragte die Übernahme der Kosten für das Gutachten von Dr. C.____ vom 10. Januar 2008 in der Höhe von Fr. 450.--, für die Stellungnahmen vom 2. Juni 2009 in der Höhe von Fr. 250.-- und vom 20. April 2010 in der Höhe von Fr. 150.-- sowie für den Bericht von Dr. G.____ vom 13. Juli 2009 in der Höhe von Fr. 450.-- durch die Helsana (Urk. 1, Urk. 6).

  Â Â Â Â Â Â Â Â Unter dem Titel Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG) sind auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteixpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (Urteile des Bundesgerichts 8C_254/2010 vom 15. September 2010, E. 5, 8C_673/2009 vom 22. März 2010, E. 8.2).

  Â Â Â Â Â Â Â Â Dem Privatgutachten und den Stellungnahmen von Dr. C.____ und Dr. G.____ kommen massgebende Bedeutung dafür zu, dass die Beschwerden mit Bezug auf die Unfallkausalität der Facettengelenksarthrose L3/4 gutgeheissen werden und die Sache an die Helsana zur Durchführung weiterer Abklärungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und den Zeitpunkt des Endzustandes zurückgewiesen wird. Die entsprechenden Kosten gehören mithin grundsätzlich zu den notwendigen Expertenkosten der Versicherten gemäss BGE 115 V 62.

  Â Â Â Â Â Â Â Â Da die Kosten des Privatgutachtens von Dr. C.____ vom 10. Januar 2008 und der Stellungnahmen vom 2. Juni 2009 beziehungsweise vom 20. April 2010 von total Fr. 850.--, sowie des Berichts von Dr. G.____ vom 13. Juli 2009 von Fr. 450.-- angemessen und ausgewiesen (Urk. 7/1, Urk. 11/K86/6) sind, sind sie der Beschwerdef hrerin zuzusprechen.

Das Gericht beschliesst:

Der Prozess Nr. UV.2011.00167 in Sachen der Parteien wird mit dem vorliegenden Prozess Nr. UV.2010.00232 vereinigt und als dadurch erledigt abgeschrieben,

und erkennt:

1. Die Beschwerden werden, soweit auf sie eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass die Einspracheentscheide der Helsana Unfall AG vom 4. Juni 2010 und vom 8. April 2011 aufgehoben werden und die Sache wird mit der Feststellung, dass die Facettengelenksarthrose L3/4 unfallkausal ist und die Beschwerdeführerin über den 30. April 2009 hinaus Anspruch auf Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen hat, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie über Anspruch, Höhe und Dauer der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Die Helsana Unfall AG hat der Beschwerdeführerin für das Privatgutachten von Dr. C. ___ vom 10. Januar 2008 und für die Stellungnahmen vom 2. Juni 2009 beziehungsweise vom 20. April 2010 eine Entschädigung von total Fr. 850.--, sowie für den Bericht von Dr. G. ___ vom 13. Juli 2009 eine Entschädigung von Fr. 450.-- zu bezahlen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Angela Schweizer

- Helsana Unfall AG

- Bundesamt für Gesundheit

sowie zur Kenntnisnahme an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15/1-2

6. 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.