

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00235 vom 13. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00235 du 13 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00235 del 13 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

Funktionsbeschwerden an beiden Handgelenken mit/bei:

- Status nach Synovektomie des STT (scapho-trapezo-trapezoidal) und des Scaphocapital-Gelenkes sowie Curettage und Spongiosaplastik einer Zyste im Os scaphoideum am 22. Juni 2000
- Status nach Rhizarthrose-Operation links mit Entfernung des Trapezbeines 2004
- Status nach Resektion von Handgelenks-Ganglien links mit radiocarpaler Synovektomie und erneutem Carpaltunnel-Release im Dezember 2005
- Status nach Rhizarthrose-Operation rechts mit Entfernung des Trapezbeines und Neurolyse des Nervus medianus im Mai 2006
- aktuell ohne Anhalt für ein neurologisch hinderndes Defekt-Residuum

E. 4

Funktionsbeschwerden und Bewegungseinschränkungen am linken Handgelenk mit/bei: Status nach beidseitiger Handgelenks-Totalendoprothesen-Implantation wegen fortgeschrittener Coxarthrose rechts im Dezember 2003, links im August 2005

E. 4.2.1

Die Beschwerdeführerin erhebt verschiedene Einwendungen gegen das S.____-Gutachten vom 23. Dezember 2008 sowie die in der Folge abgegebenen Stellungnahmen der Gutacher:

E. 4.2.2

Sie bringt vor, bei der vom Psychologen R.____ diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) handle es sich um eine Diagnose, die dem S.____ zum Zeitpunkt der Begutachtung im Dezember 2008 noch gar nicht zur Verfügung gestanden haben konnte (Urk. 1 S. 6). Der die Beschwerdeführerin betreuende Psychologe R.____ ist der Auffassung, diese Diagnose sei einschlägig, jedoch sei sie bislang nicht möglich gewesen, da sie noch nicht (gemäss ICD-10) klassifiziert gewesen sei. Zu berücksichtigen ist indes, dass das Bundesgericht für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin einen entsprechenden, den Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienenden spezialärztlichen Titel voraussetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2). R.____ kann jedoch keinen solchen Facharztstitel vorweisen. Bei ihm handelt es sich vielmehr um den behandelnden nichtärztlichen Psychotherapeuten. Rechtsprechungsmässig ist es aber ausschliesslich

Aufgabe eines Arztes oder einer Ärztin, den Gesundheitszustand einer versicherten Person zu beurteilen (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die Einwände von R. ___ vermögen daher die Beurteilung des S. ___-Psychiaters nicht in Frage zu stellen.

4.2.3.1 Die Beschwerdeführerin führt auch den Bericht von Dr. M. ___ vom 14. Oktober 2002 (Urk. 11/126) an: Die von Dr. M. ___ diagnostizierten leichten bis mittleren Funktionsstörungen würden keine affektiven Störungen darstellen, sondern es handle sich dabei um neuropsychologische Funktionsstörungen (Urk. 1 S. 1). Sie bemängelt in diesem Zusammenhang, dass bei der Untersuchung im S. ___ eine qualifizierte Beurteilung der neuropsychologisch ausgewiesenen, durch die S. ___-Gutachter nicht mehr geprüften Ausfälle gefehlt habe (Urk. 1 S. 16). Aus dem Bericht von Dr. M. ___ vom 14. Oktober 2002 (Urk. 11/126) kann die Beschwerdeführerin jedoch nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dieser führt darin nämlich aus, dass sich zwar testpsychologisch leichte Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit sowie der verbalen und non-verbalen Ideenproduktion feststellen liessen, aus neuropsychologischer Sicht jedoch keine sicheren Hinweise darauf beständen, dass es sich um unfallbedingte Ausfälle im Sinne von traumatisch bedingter hirnganischer Beeinträchtigungen handle. Aufgrund der Feststellung, dass neuropsychologische Beeinträchtigungen (bei der Untersuchung) nur dann vorgelegen hätten, wenn die Beschwerdeführerin über Befindlichkeitsstörungen (Schwindel, Müdigkeit) geklagt habe, liege die Vermutung nahe, dass es sich um funktionelle Beeinträchtigungen handle (Urk. 11/126/5). Dr. M. ___ vertrat ferner den Standpunkt, aus neuropsychologischer Sicht bestehe aufgrund der unspezifischen Befunde und wegen fehlender Hinweise auf eine traumatische Hirnschädigung keine Indikation für weitere Abklärungen. Von einer neurologischen Untersuchung seien keine neuen Befunde zu erwarten (Urk. 11/126/5). Gestützt darauf erscheint das Gutachten des S. ___ somit nicht mangelhaft.

4.2.4.1 Die Beschwerdeführerin macht ferner geltend, die rechte Hand sei seit dem Unfall vom 1. März 2000 schmerzhaft gewesen (Urk. 1 S. 7). Diese Behauptung steht im klaren Widerspruch zu den Angaben in den echtzeitlichen Akten. Gegenüber der Kantonspolizei H. ___ gab die Beschwerdeführerin am Unfalltag an, sie habe Schmerzen im rechten Knie, der rechten Schulter und der Wirbelsäule (HWS), und es bestehe eine Taubheit im linken Arm (Urk. 11/8). Gemäss der Unfallmeldung UVG vom 6. März 2000 erlitt sie Prellungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbel (Urk. 11/1). Der erstbehandelnde Arzt Dr. B. ___ erhob eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, Parästhesien im Bereich der linken Hand, Kontusionsmarken im Bereich des Thorax, des rechten Knies und des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des rechten Handgelenks (Arztzeugnis UVG von Dr. B. ___ vom 24. März 2000, Urk. 11/6). Dass die Beschwerdeführerin bereits nach dem Unfall vom 1. März 2000 an Schmerzen der rechten Hand gelitten haben soll, ist diesen Berichten offensichtlich nicht zu entnehmen. Hinzu kommt, dass sie anlässlich der Besprechung mit der SUVA H. ___ vom 31. August 2004 erklärte, sie habe seit rund zwei Jahren Handgelenkschmerzen (Urk. 11/201 S. 2), womit sich diese Schmerzen erst zwei Jahre nach dem Unfall eingestellt haben müssten.

4.2.5.1 Die Beschwerdeführerin weist ebenfalls darauf hin, dass die (rechte) Hand bereits am Unfallort dick geschwollen gewesen sei (Urk. 1 S. 11). Der von der harmlosen, nicht schmerzhaften Zyste betroffene Knochen sei beim Unfall durch den Rucksackschlag des Aufpralls in die Hand, die das Steuerrad umklammert gehalten habe, zertrümmert

worden. Dies sei auch die Meinung von Dr. D.____, der die Hand drei Monate später operiert habe, da sich in der Zwischenzeit keine Besserung eingestellt gehabt habe (Urk. 1 S. 11). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. B.____, welcher die Beschwerdeführerin ab dem 2. März 2000 behandelte, zwar eine Kontusion des rechten Handgelenks diagnostizierte, indes auch festhielt, dass radiologisch keine Frakturen nachweisbar gewesen seien (Urk. 11/6). Dr. B.____ veranlasste eine Ruhigstellung des rechten Handgelenks (Urk. 11/7). Dr. C.____ erhob bei seinen Untersuchungen vom 7. und 17. April 2000 einen ziemlich grossen, intraossären Ganglion im distalen Teil des Navikulare. Anhaltspunkte einer Instabilität oder anderer osteoartikulärer Läsionen bestanden hingegen nicht (Urk. 11/12). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin erhob auch Dr. D.____ bei seiner Röntgenuntersuchung keinen eigentlichen Frakturachweis im rechten Handgelenk (Urk. 11/17). Ebenso ergab die von Dr. D.____ in Auftrag gegebene CT (Computertomographie) mit Ausnahme einer aussen ossär offen imponierenden Zyste im distalen Anteil des Scaphoids bei vermehrter Sklerosierung der Zystenwandstrukturen sowie auch angrenzenden Gelenksflächen, einen im Wesentlichen normentsprechenden Befund, insbesondere ohne Nachweis einer eventuellen Frakturlinie (Urk. 11/18). Auch dem Operationsbericht von Dr. D.____ vom 22. Juni 2000 ist nichts bezüglich einer Fraktur zu entnehmen (Urk. 11/31). Die von der Beschwerdeführerin beschriebene Zertrümmerung eines Knochens in der rechten Hand, welche sie beim Unfall erlitten habe, ist aufgrund der echtzeitlichen Akten somit nicht nachgewiesen. Bei diesem Unfall hat die Beschwerdeführerin die von Dr. B.____ erlittene Kontusion des rechten Handgelenks erlitten. Weitergehende Verletzungen, wie etwa Knochenbrüche sind nicht erstellt. Im Hinblick auf die vorliegend zu beurteilende Frage der Unfallkausalität der Beschwerden der rechten Hand ist es daher unbehelflich, wenn die Beschwerdeführerin kritisiert, Dr. W.____ hätte in den Röntgenbildern der rechten Hand sehen können und müssen, dass sich zwei Mittelhandknochen berührten, gegenseitig abrieben und dadurch starke Schmerzen verursachten (Urk. 11 S. 12).

4.2.6. Die Beschwerdeführerin führt auch an, dass sämtliche Bewegungsabläufe durch die multiple Schmerzproblematik ab Unfall kompensiert worden seien. Daraus sei eine Überbelastung der linken Hand resultiert. Die Beschwerdeführerin bezieht sich dabei auf das Schreiben von Dr. D.____ vom 6. Dezember 2005 (Urk. 11/245). In Beantwortung der Fragen von Rechtsanwalt AA.____ hält Dr. D.____ in diesem Schreiben fest, er habe der Beschwerdeführerin zur Resektion eines volaren Handgelenkganglions links geraten. Er bezeichnet dieses aber ausdrücklich als Krankheit. Obwohl von Rechtsanwalt AA.____ insbesondere auch eine Einschätzung hinsichtlich der Unfallkausalität der in Erwägung gezogenen operativen Eingriffe erbeten wurden, bezeichnete Dr. D.____ diesen Eingriff nicht als unfallkausal (Urk. 11/245). Die entsprechenden Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen den Beweiswert des S.____-Gutachtens somit nicht zu schmälern.

4.2.7. Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Beschwerden im Bereiche HWS/LWS hätten seit dem Unfall bestanden und diese seien nicht erst seit 2004 schmerzhaft. Ebenso sei die BWS betroffen gewesen. Die Schmerzen seien nicht nur vorwiegend im Bereich der Schultern und der Handgelenke vorhanden gewesen, sondern auch in der ganzen Wirbelsäule, besonders der HWS (Urk. 1 S. 8). SUVA-Kreisarzt Dr. K.____ wies in seinem Bericht vom 2. September 2002 bezüglich der Wirbelsäule auf die Tatsache hin, dass trotz den intensivsten Klagen und Blockierungen der Bewegungen

kein paravertebraler Muskelhartspann zu objektivieren sei. Periphere sensomotorische radikuläre Ausfälle seien nicht vorhanden (Urk. 11/113 S. 4). Die MR-Untersuchung der LWS vom 19. Februar 2003 ergab keine Hinweise auf Unfallfolgen wie etwa ossäre Läsionen (Urk. 11/141). Am 2. September 2003 hielt der SUVA-Kreisarzt fest, von Seiten der HWS werde ein fluktuierendes Zustandsbild angegeben mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Anscheinend beständen keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen, da die Beschwerdeführerin doch Auto fahren könne. Die von der Beschwerdeführerin demonstrierten Rotationsausschlüsse liessen dies aber im Prinzip nicht zu (Urk. 11/148/6). Dr. P. ___ schrieb nach seiner Untersuchung vom 9. Mai 2007 in seiner Beurteilung, er habe eine vermehrte Aufklappbarkeit für die Inklination auf C4/5 festgestellt. Inwieweit dies reaktiv bedingt sei, könne aufgrund der Funktionsaufnahme nicht eindeutig präzisiert werden. Entscheidend sei, dass mit der durchgeführten Operation die Kribbelbeschwerden in den Fingern, die auf die Neurokompression C6 zurückzuführen seien, inzwischen durch die Operation nicht mehr resultieren würden. Hier könne also festgestellt werden, dass ein Eingriff erfolgte, der tatsächlich auf die C6-Kompression zurückzuführen gewesen sei und auf die Instabilität. Er gehe davon aus, dass dies tatsächlich unfallbedingt sei, da derartige Beschwerden von Anfang an vorgelegen hätten (Urk. 11/295/8). Dr. P. ___ war allerdings auch der Auffassung, dass die LWS nicht unfallbedingt betroffen war (Urk. 11/301). Die S. ___-Gutachter erhoben deutliche Aufbrauch- und Umformungsveränderungen an der HWS bevorzugt im Segment C5/6 und an der LWS bevorzugt im Segment L5/S1 sowie Verschleissveränderungen der kleinen Wirbelgelenke der LWS, hielten diese jedoch nicht als Folgen des Unfallereignisses vom 1. März 2000 (Urk. 11/337/56). Da betreffend die Wirbelsäule anlässlich der Begutachtung im S. ___ keine durch den Unfall vom 1. März 2000 verursachten Verletzungen objektiviert werden konnten, vermögen die Aussagen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule keine Zweifel an der Einschätzung der S. ___-Gutachter zu begründen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem geht aus den Akten mehrfach hervor, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall vom 1. März 2000 Unfälle auch mit Rückenbeteiligung erlitten hatte: "In der Allgemeinanamnese seien multiple Unfälle mit Frakturen und Kontusionen erwähnt." (Schreiben von Dr. C. ___ an Dr. B. ___ vom 3. Mai 2000, Urk. 11/12). "Die unfallträchtige Patientin erlitt am 01.03.00 im Rahmen eines PKW-Unfalles nach ihren Angaben das 7. HWS-Schleudertrauma sowie eine Kontusion der rechten dominanten Hand." (Verlaufsbericht von Dr. D. ___ vom 25. Mai 2000, Urk. 11/17). "1990 Rücken- und HWS-Beschwerden nach einem Skiunfall. Behandlung bei Herrn Dr. BB. ___. Beschwerden problemlos abgeheilt. Ca. Juni 1998 Sturz zu Hause gegen den Ofen. Mit Kopf Schleuderbewegung gemacht. HWS-Beschwerden und Rippenverletzung. Behandlung Dr. B. ___." (Inspektorenbericht vom 8. März 2001, worin auch der Unfall vom 19. Februar 2000 erwähnt ist, anlässlich dessen die Beschwerdeführerin rückwärts zu Boden auf den Rücken fiel, Urk. 11/55). "Es besteht eine lange Vorgeschichte mit cerviko- und thorakolumbovertebralen Beschwerden, die Patientin stand ebenfalls in wiederholter ärztlicher Behandlung wegen einer Epicondylalgia humeri medialis rechts (Bericht von Dr. CC. ___ vom 1. Februar 2001 an Dr. B. ___, worin u.a. auch die Diagnose eines vorbestehenden traumatisch aktivierten Cerviko- und weniger auch Thorakolumbovertebral-Syndroms [Status nach multiplen Unfällen] gestellt wurde, Urk. 11/67). "Status nach verschiedenen Traumatas [Skiunfall mit Sturz auf Nacken am 11.3.1990, Sturz auf Hinterkopf mit transientem Cervico-Thoracovertebral-Syndrom am

22.5.98, Autounfall mit HWS-Beschleunigungstrauma am 31.10.98." (Bericht von Dr. med. DD.____, Spezialarzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. Oktober 2002 an PD Dr. med. EE.____, Urk. 11/131). "Da sie in der Jugendzeit sportlich sehr aktiv gewesen sei, unter anderem auch Rennautos gefahren habe, habe sie immer wieder kleinere Unfälle erlitten, insbesondere 'sieben Schleudertraumata der HWS'. Wegen dieser 'Bagatellverletzungen' sei sie aber nie zu einem Arzt gegangen." (S.____-Gutachten, Urk. 11/337/18). Aufgrund dieser aktenkundigen Anamnese ist doch mehr als fraglich, dass ausschliesslich der Unfall vom 1. März 2000 alleiniger Auslöser der von der Beschwerdeführerin geklagten multiplen Beschwerden sein soll. Selbst wenn der Unfall vom 1. März 2000 das offensichtlich schon vorbestehende Wirbels ulensyndrom vorübergehend wieder aktiviert haben sollte, ist doch - gestützt auf die klinischen und radiologischen Befunde der S.____-Gutachter - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine unfallbedingte Verschlimmerung spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 1. April 2010, d.h. gute zehn Jahre nach dem Unfall vom 1. März 2000 nicht mehr für diese Beschwerden verantwortlich war.

4.2.8   Im Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. P.____ vom 9. Mai 2007 werde festgehalten, so die Beschwerdeführerin weiter, dass sie zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 11/295/9). Diesem Bericht ist jedoch nicht zu entnehmen, ob sich Dr. P.____ dabei auf die Tätigkeit der Beschwerdeführerin als R ngtenassistentin oder als Sekretärin bezieht. Für die Arbeit als R ngtenassistentin gehen indes auch die S.____-Gutachter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 11/337/81).

4.3     Auch die übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin, welche insbesondere in einer Erneuerung der bereits im Verwaltungsverfahren vorgebrachten Kritik der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den S.____-Gutachter Dr. W.____ und einer allgemein gehaltenen, nach Auffassung der Beschwerdeführerin bestehenden wirtschaftlichen Abhängigkeit des S.____ von ihren Auftraggebern besteht, vermögen den Beweiswert des S.____-Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerdeführerin führt damit keine konkreten Indizien an, welche gegen die Zuverlässigkeit des S.____-Gutachtens sprechen würden (E. 2.1). Es ist damit auf die schlüssige und mit nachvollziehbarer Begründung abgegebene Einschätzung der S.____-Gutachter abzustellen. Nicht zu beanstanden ist, wenn die Beschwerdegegnerin die Kausalität nicht anhand der vom Bundesgericht entwickelten Schleudertrauma-Praxis prüfte (Urk. 2 S. 5). Vorausgesetzt wäre dabei nämlich auch das Vorliegen des sogenannt typischen Beschwerdebilds nach einer HWS-Distorsion, welches nach dieser Rechtsprechung in einer Häufung von Beschwerden, wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. besteht (BGE 134 V 109 E. 6.2.1). Die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch die S.____-Gutachter geklagten Beschwerden (E. 1.2) entsprechen diesem Beschwerdebild eindeutig nicht. Folglich ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 1. März 2000 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden zu verneinen.

5.       Aus diesen Erwägungen erhellt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden allesamt nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 1. März 2000 stehen. Ein allfälliger adäquater Kausalzusammenhang ist bei diesem Ergebnis nicht mehr zu prüfen. Es ist damit nicht zu

beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihrer Leistungen per 1. April 2010 eingestellt hat (Urk. 2). Die Beschwerde ist demnach vollumfänglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher und Notar Thomas A. Hanke

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).

E. 5

Funktionsbeschwerden am rechten mehr als am linken Kniegelenk mit/bei:

- angeborener Formvariante (Wiberg Stadium II), Chondropathia patellae

- geringgradige Seitenbandlockerung rechts und Aussenmeniskus-Symptomatik rechts

E. 6

Epicondylopathia ulnaris rechts

3.2.3. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die S. ___-Gutachter (Urk. 11/337/74):

E. 7

Adipositas Grad I bis II nach WHO mit/bei Lipomatosis cutis

E. 8

Hormonell substituierte Hypothyreose

E. 9

Hämorrhagische Diathese mit/bei kongenitalem Faktor XI-Mangel

E. 10

Multifaktorielle Kopfschmerzen mit/bei möglicher Migräne und analgetikainduzierten Kopfschmerzen

E. 11

Varicosis crurum rechtsbetont ohne chronisch-venöse Insuffizienz

E. 12

Anamnestisch Mitralklappenprolaps mit/bei intermittierenden supraventrikulären Tachykardien

E. 13

Multiple medikamentöse Unverträglichkeiten

E. 14

Chronische Dyspepsie

E. 15

Narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z61.1)

3.3.1.1

3.3.1.1 Dem S. ___-Gutachten ist zu entnehmen, dass die internistische Untersuchung eine 54-jährige, sehr gepflegte und deutlich übergewichtige Frau in gutem Allgemeinzustand ergab. Der derzeitige Body Mass Index betrage sicher zwischen 30 oder sogar mehr als 35 kg/m², was gemäß WHO einer Adipositas Grad I und II entspreche. Der klinische Status sei ansonsten unauffällig, insbesondere finden sich keine Hinweise für eine kardiopulmonale Pathologie. Die angegebenen dyspeptischen Beschwerden seien auf den erheblichen Konsum von nichtsteroidalen Antirheumatika zurückzuführen, eine sonstige abdominale Pathologie liege nicht vor. Anamnestisch sei eine hämorrhagische Diathese bei kongenitalem Faktor XI-Mangel bekannt. Abgesehen von erhöhtem Blutungsrisiko während Operationen lasse sich daraus aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Das Gleiche gelte für die hormonell adäquat substituierte Hypothyreose bei wahrscheinlichem Status nach Hashimoto-Thyreoiditis. Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin aus internistischer Sicht für sämtliche bisher ausgeführten Tätigkeitsbereiche zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/337/78-79, siehe auch Urk. 11/337/35-37).

3.3.2 Die S. ___-Gutachter halten weiter fest, bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung, welche durch die zum Teil deutlichen muskulären Widerstände und die eingeschränkte Bereitschaft der Beschwerdeführerin, sich entsprechend untersuchen zu lassen, erschwert sei, finde sich eine zirkuläre Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule in allen Richtungen bei Status nach Fusionsoperation mit Cage-Implantation im Segment C5/6. Die Bewegungsausschlüsse an der Brust- und Lendenwirbelsäule würden nicht den anatomischen Erwartungen entsprechen. Am rechten Schultergelenk würden frühzeitig muskuläre Widerstände unter Angabe verstärkter Schmerzentwicklungen eingesetzt, so dass auch hier die ermittelbaren Bewegungsausschlüsse eher fragwürdig erschienen. Verlässlich würden hingegen die Ergebnisse der Hüftgelenks-Bewegungsprüfung erscheinen, zumindest bezüglich der An- und Abspreizung und der Aussendrehung. Die an den Armen und Beinen gemessenen Umfänge würden nicht für ein ausgeprägtes Schonverhalten im Seitenvergleich sprechen. Nicht plausibel sei auch die Demonstration der Kraftdefizite, insbesondere am rechten Arm und an den Beinen. Diesbezüglich zeigten sich auch keine Störungen des Gangbildes oder der Muskelentwicklung. Objektivierbar sei eine

nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung einnehmen. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz seien klinisch intakt. Eine Störung der Aufmerksamkeit könne nicht mehr bestätigt werden. Insgesamt lasse sich trotz der teils auffälligen Psychopathologie (narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge, weitschweifiger formaler Gedankengang) keine eigenständige psychische Erkrankung diagnostizieren, was auch im Einklang mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin stehe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf psychiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (Urk. 11/337/80-81, siehe Urk. 11/337/66-72).

3.3.5 Hinsichtlich des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass das heute ermittelte Belastungsprofil seit der ersten Schulteroperation vom 8. Februar 2001 bestehe. Damals habe die Beschwerdeführerin bereits nicht mehr als Röntgenassistentin, sondern als Sekretärin gearbeitet und sei nach der Operation nicht mehr in der Lage gewesen, mehr als 50 % ihres Arbeitspensums zu erledigen. Durch die nachfolgenden Operationen sei sie immer wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Aufgrund der aktuell erhobenen Befunde könne wegen der Mehretagenproblematik für die Tätigkeit einer Sekretärin eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit attestiert werden. In einer dem somatischen Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe aber ab sofort eine uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/337/81).

3.3.6 Zur Frage, ob die erhobenen Befunde unfallbedingt oder krankhafter Genese seien, hielten die S.____-Gutachter fest, im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung hätten keine unfallbedingten Schäden mehr festgestellt werden können. Weder die Zystenbildung im körperfernen Anteil des Handgelenk-Kahnbeins rechts, noch die Rotatorenmanschetten-Symptomatik rechts, die deutlichen Aufbrauch- und Umformungsveränderungen an der HWS, bevorzugt im Segment C5/6, und an der LWS, bevorzugt im Segment L5/S1, noch die Verschleissveränderungen der kleinen Wirbelgelenke der LWS, noch schliesslich die arthrotischen Veränderungen an beiden Hüftgelenken seien aus orthopädisch-chirurgischer oder traumatologischer Sicht als Folgen des Unfallereignisses vom 1. März 2000 anzusehen. Das angeschuldigte Ereignis sei allenfalls geeignet gewesen, für einen befristeten Zeitraum eine bis dahin nicht bestehende Beschwerdesymptomatik am rechten Handgelenk und gegebenenfalls am Schultergelenk auszulösen, ohne dafür ursächlich verantwortlich zu sein. Somit seien sämtliche aktuell vorgebrachte Beschwerden ausschliesslich krankhafter Genese (Urk. 11/337/83). Anlässlich der ersten handchirurgischen Untersuchung von Dr. C.____ im April 2000 habe sich keine eindeutige Symptomatik einer Verletzung des Kahnbeins gefunden. Röntgenologisch hätten sich auch in den Funktionsaufnahmen keine frischen knöchernen Verletzungen oder Instabilitätszeichen ergeben. Auffällig sei lediglich ein intraossäres Ganglion (Knochenzyste) im körperfernen Anteil des Kahnbeins gewesen. Dieser Befund sei dann von Dr. D.____ anlässlich der Operation vom 20. Juni 2000 ausgeräumt und mit Knochenspänen aufgefüllt worden. Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien aktenkundig erstmals im Januar 2001 erwähnt worden. In der damaligen kernspintomographischen Untersuchung hätten sich typische Aufbrauch- und Umformungsveränderungen gezeigt, die regelhaft zu einem Impingementsyndrom führen könnten. Hierzu gehörten die Arthrose des Schultergelenks, die Formvariante

des Schulterdaches, die Schleimbeutelentzündung im Raum zwischen Oberarm und Unterseite des Schulterdaches und schliesslich die Kontinuitätsunterbrechung mit sonstigen Veränderungen im Bereich des Supraspinatussehne bzw. im seitlichen Bereich der Intervallkapsel. Auch hätten sich Hinweise für eine Veränderung im Bereich der Sehne des M. subscapularis ergeben. Dieser kernspintomographische Befund habe im Wesentlichen dem elf Tage später am 8. Februar 2001 erhobenen intraoperativen Befund entsprochen. Als wissenschaftlich gesichert gelte, dass selbst eine Prellung - falls sie überhaupt stattgefunden habe - zum Beispiel durch einen seitlichen Sturz auf die Schulter, ebenso wie eine Stauchung der Schulter durch einen Sturz auf dem nach vorn ausgestreckten Arm, nicht zu einer notwendigen Dehnungsbelastung der Rotatorenmanschette führe und somit eine Zerreissung der Rotatorenmanschette nicht herbeiführen könne. Auch die Aufbrauch- und Umformungsveränderungen der Bandscheibe an der Halswirbelsäule, die 2006 zur Implantation eines Cages bei ausgeprägten Veränderungen im Segment C5/6 geführt hätten, sowie die Aufbrauch- und Umformungsveränderungen in der untersten Lendenbandscheibe, die am 25. Juli 2007 zur Versteifungsoperation nach der Axialif-Methode geführt hätten, seien nicht Unfallfolgen, sondern degenerative Prozesse, die sich bereits mit Beginn des Erwachsenenalters in unterschiedlicher Ausprägung entwickelten. Nicht zuletzt würden in dieses Bild auch die Aufbrauch- und Umformungsveränderungen an beiden Hüftgelenken passen, die zur Totalendoprothesen-Implantation an der rechten Seite im November 2003 und an der linken Seite im August 2005 geführt hätten (Urk. 11/337/83-84).

3.4. Die Beschwerdeführerin äusserte sich am 20. März 2009 (Urk. 11/339) zum S. ___-Gutachten vom 23. Dezember 2008, wozu die S. ___-Gutachter ihrerseits noch einmal Stellung nahmen: Dr. W. ___ wies am 2. Juni 2009 unter anderem darauf hin, dass es sich bei einer sogenannten Rotatorenmanschettenruptur - die Beschwerdeführerin machte geltend, diese könne nur durch einen entsprechenden Schlag verursacht worden sein (Urk. 11/339/6) - um einen degenerativen Prozess handle, der bereits im vierten Lebensjahrzehnt beginne und bei 60-jährigen Personen in einer grossen Zahl vorliege (und zwar ohne dass diese Personen den Zustand wesentlich zur Kenntnis genommen haben müssten). In der Regel handle es sich nicht um ein traumatisches Geschehen und schon gar nicht um einen Schlag auf die Schulter. Es sei im Falle einer Gewalteinwirkung von aussen vielmehr eine ganz spezielle Konstellation eines Sturzereignisses erforderlich, um auf traumatischem Weg eine Kontinuitätsunterbrechung eines Teils oder der kompletten Rotatorenmanschette zu erreichen (Urk. 11/342/14). Dr. W. ___ weist nochmals auf die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals- und der Lendenwirbelsäule hin, wo jeweils Versteifungsoperationen durchgeführt worden seien, und auf die beiden Hüftgelenke, die nacheinander mit Totalendoprothesen hätten versorgt werden müssen. Als degenerativ einzustufen seien auch die Veränderungen und Funktionsbeschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks einschliesslich der Schultergelenkarthrose und der Hände beziehungsweise der Kniegelenke (Urk. 11/342/14).

3.5. Dr. V. ___ nahm am 9. Juni 2009 zur von der Beschwerdeführerin sowie deren Rechtsvertreter und vom Psychologen R. ___ geäusserten Kritik an den von ihm am 16. Oktober 2008 erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefunden Stellung. Dr. V. ___ machte geltend, die narzisstischen Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin seien

ein zentraler Aspekt, da ansonsten keine gravierenden psychopathologischen Auffälligkeiten dominieren würden. Eine depressive Störung habe anhand der eigenen Untersuchungsergebnissen nicht mehr bestätigt werden können (Urk. 11/342/20). Affektive Störungen seien im Äußerigen anhand des klinischen Befundes und der Anamneseerhebung zu diagnostizieren. Testbatterien könnten im Einzelfall und bei Verdacht auf eine affektive Störung zur Sicherung der Diagnose hinzugezogen werden, seien allerdings aber keineswegs ein obligates Instrument zur Diagnose einer allfälligen depressiven Störung (Urk. 11/342/21).

3.6.1.1 In seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2009 führte Dr. U. ___ aus, seit dem 20. Februar 2004 sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen. Bereits im Dezember 2003 sei aufgrund einer degenerativ bedingten, fortgeschrittenen Coxarthrose rechts die Implantation einer Hüfttotalendoprothese notwendig gewesen. Der gleiche Eingriff sei auf der Gegenseite im August 2005 erfolgt. Durch den häufigen Krackengebrauch sei es auch zu einer Aktivierung der beidseitigen Rhizarthrose gekommen, welche zwischen 2004 und 2006 wiederholt von Dr. D. ___ operiert worden sei. Gleichzeitig sei auch beidseits eine erneute Neurolyse des Nervus medianus erfolgt. Auch sei es zu einer Progredienz der Beschwerden im Bereich der HWS und LWS gekommen. Die Abklärungen beim Neurochirurgen Dr. Q. ___ hätten bildgebend mehrsegmentale degenerative Diskopathien sowohl im Bereich der HWS als auch der LWS ergeben, weshalb am 26. Oktober 2006 eine Mikrodiskektomie mit ventraler Spondylodese C5/6 und am 24. Juli 2007 die ventrale Spondylodese L5/S1 erfolgt seien. Als Folge der zahlreichen Operationen und der persistierenden Schmerzproblematik sowie einer allgemeinen Erschöpfung verbunden mit Existenz- und Zukunftsängsten, habe sich die Beschwerdeführerin im Frühjahr 2008 zum Psychotherapeuten R. ___ begeben, der die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt habe. Diese habe sich mittlerweile zuräckgebildet (Urk. 11/342/18).

3.7.1.1

3.7.1.1 In seiner Stellungnahme zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 18. März 2009 machte der Psychologe R. ___ geltend, seine im Bericht vom 7. März 2007 (Urk. 11/318) gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) sowie die von Dr. phil. M. ___ vom Zentrum L. ___ am 14. Oktober 2002 (Urk. 11/126) diagnostizierte leichte bis mittelschwere Störung der Aufmerksamkeit seien im S. ___-Gutachten nicht bestätigt worden. Der Psychologe R. ___ rät, fachlich sei die Beurteilung einer Aufmerksamkeitsstörung durch eine einmalige Exploration ohne entsprechende neuropsychologische Tests gar nicht möglich. Dr. V. ___ habe die Beschwerdeführerin am 16. Oktober 2008 nur einmal gesehen, und es seien keine entsprechenden Testbatterien zur Anwendung gekommen. Die einseitig breite Darstellung der narzisstischen Züge lasse die bekannte Dynamik zwischen Narzissmus und Depression völlig ausser Acht (Urk. 11/339/20).

3.7.2.1 Es gebe keine Hinweise, so der Psychologe R. ___, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis (vom 1. März 2000) in psychiatrischer Hinsicht relevant auffällig gewesen wäre. Hingegen zeige die fortlaufende Behandlung im Längsschnitt, dass die Beschwerdeführerin durch die Schmerzproblematik immer wieder in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen erfahre. Es liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vor. Diese Diagnose entspreche

dem Beschwerdebild der Beschwerdeführerin im hohen Masse. Sie widerspreche auch nicht den psychiatrischen Untersuchungsbefunden des S.____-Gutachters (Urk. 11/339/22).

4.

4.1 Eine Würdigung des S.____-Gutachtens vom 23. Dezember 2008 ergibt, dass die Experten einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 1. März 2000 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden verneinen. Die S.____-Gutachter machten diese Feststellungen aufgrund eingehender Beobachtungen und klinischer sowie radiologischer Untersuchungen der Beschwerdeführerin und in Kenntnis und Berücksichtigung der Akten. Zu präzisieren ist, ob deren Einschätzung auch schlüssig und überzeugend ist.

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