

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00244 vom 11. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00244

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00244 du 11 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00244 del 11 aprile 2013

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach dem sowohl im Abklärungs- und Einspracheverfahren als auch im Beschwerdeverfahren dargelegten Standpunkt der Beschwerdegegnerin hat der Sturz der Beschwerdeführerin vom 28. Januar 2010 auf einem schneebedeckten Gehsteig zu einer zwischenzeitlich verheilten distalen Radiusfraktur, darüber hinaus aber zu keinen weiteren unfallkausalen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt, die eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Sendungsaufbereiterin und SortiererIn bei der Y. zur Folge haben oder die, vorbehaltlich sporadischer Versorgung mit Schmerzmitteln, eine weitergehende ärztliche Behandlung erforderlich machen. Die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen, insbesondere diejenigen des Kreisarztes Dr. med. A., Facharzt für Orthopädische Chirurgie, belegen dies nach Auffassung der Beschwerdegegnerin hinreichend (Urk. 2 S. 9 Ziff. 4, Urk. 9/85, Urk. 8 S. 3 Ziff. 5.1).

2.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass von ihr in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. med. D., Facharzt für Chirurgie FMH, speziell Handchirurgie, habe ergeben, dass vom Vorliegen eines unfallkausalen posttraumatischen komplex-regionalen Schmerzsyndroms vom Typ I (CRPS I) auszugehen sei, das zu einem weitgehenden Funktionsverlust der linken oberen Extremität führe. Die Rückkehr in die angestammte mittelschwere und handbetonte Tätigkeit sei beschwerdebedingt bislang nicht möglich gewesen. Die Beschwerdegegnerin habe demnach die Leistungen zu Unrecht eingestellt (Urk. 1 S. 5-8 Ziff. 7-9, Urk. 2 f. Ziff. 2.2).

E. 3

3.1 Die Ärzte des Spitals Z., wohin sich die Beschwerdeführerin am 4. Februar 2010 zur Behandlung der Folgen des Sturzes vom 28. Januar 2010 begeben hatte, hielten im Bericht vom 12. März 2010 fest, die Beschwerdeführerin habe sechs Wochen nach dem Unfall noch über leichte Schmerzen im Bereich des Handgelenks berichtet. Des Weiteren erwähnten die Ärzte, das Handgelenk sei kaum noch geschwollen gewesen. Über dem distalen Radius seien noch leichte Druckdolenzen vorhanden gewesen. Umwendebewegungen mit der Hand habe die Beschwerdeführerin ausführen können (Urk. 9/4).

3.2 Der Hausarzt Dr. med. E., Facharzt für Innere Medizin, berichtete am 19. April 2010, die Beschwerdeführerin habe in der Nachbehandlung über einschliessende Schmerzen im Handgelenk geklagt. Das Handgelenk sei bei der Untersuchung nicht geschwollen gewesen. Aufgefallen sei aber eine reduzierte Beweglichkeit und dorsal eine reduzierte Extension (Urk. 9/7).

3.3. Dr. A. untersuchte die Beschwerdeführerin erstmals am 25. Mai 2010 und berichtete gleichentags, nach erfolgter Konsolidierung der Radiusfraktur sei die Beweglichkeit des Handgelenks eingeschränkt und diejenige der Finger, des Ellbogens und der Schultern schmerzhaft. Klinisch liege ein leichtes CRPS vor, das medikamentös und ergotherapeutisch behandelt werde. Ein vollständiger Funktionsausschluss liege nicht vor. Das CRPS sei nicht besonders ausgeprägt. Innerhalb ein bis zwei Monaten sei eine vollständige Rückbildung zu erwarten (Urk. 9/10 S. 3).

3.4. Dr. B. führte im ärztlichen Zwischenbericht vom 21. September 2010 aus, die Beschwerdeführerin leide nach konservativer Behandlung einer distalen Radiusfraktur an einem ausgeprägten Schmerzsyndrom an der linken Hand. Aufgrund der therapieresistenten Beschwerden sei die Beschwerdeführerin in der G. untersucht worden. Dort habe man die Verdachtsdiagnose eines durchgemachten CRPS gestellt und es sei ein stationärer Aufenthalt in C. empfohlen worden (Urk. 9/23).

Die erwähnte Untersuchung in der G. war von Dr. med. F. durchgeführt worden und dieser hatte in seinem Bericht vom 28. Juli 2010 festgehalten, nach konservativ behandelter Radiusfraktur sei es zu einer Funktionseinschränkung der linken oberen Extremität gekommen. Anlässlich der Untersuchung hätten sich keine sicheren Anzeichen für eine Algodystrophie an der linken Hand gezeigt. Aufgrund der Anamnese sei jedoch nicht auszuschliessen, dass eine solche vorübergehend vorgelegen habe (Urk. 3/3).

3.5. Die Ärzte der Rehaklinik C., die die Beschwerdeführerin vom 27. Oktober bis 17. November 2010 stationär behandelten, fassten im Austrittsbericht vom 18. November 2010 zusammen, die vor rund 10 Monaten erlittene Radiusfraktur sei in guter Stellung konsolidiert, was durch die Röntgenbilder bestätigt werde. Durch die Fraktur sei es insbesondere zu keiner Verkürzung des Radius links gekommen und es lägen keine Hinweise auf eine sekundäre radiokarpale Arthrose vor. Im Verlauf sei ein CRPS beschrieben worden. Während des Rehabilitationsaufenthaltes seien keine Anzeichen für ein CRPS mehr vorhanden gewesen. Die einzige objektivierbare trophische Veränderung sei ein vermehrtes Schwitzen an der linken Hand gewesen. Damit seien die Kriterien für ein CRPS nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe gleichwohl über eine massive schmerzhaft Funktionseinschränkung der gesamten linken oberen Extremität geklagt. Konkret habe sie über Schmerzen in der linken Hand, insbesondere im Handgelenk, über den Arm bis zum Schultergürtel und der linken Nackenseite geklagt. Die angegebenen Beschwerden ständen in grobem Kontrast zu den objektivierbaren Befunden. Es sei von einer erheblichen Symptomausweitung mit starker Schmerzbetonung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen auszugehen. Den Spitzgriff zwischen Daumen und Zeigefinger habe die Beschwerdeführerin im Spontanverhalten ausführen können, in der Untersuchungssituation habe sie hierbei Mühe gezeigt. Eine leichte Tasche habe sie nach 20 Sekunden fallen lassen. Beim aktiven Faustschluss in der Untersuchung habe sich eine Sperrdistanz von 5-6 cm gezeigt, bei der Ergotherapie eine solche von nur rund 2 cm. Auch seien leichte therapeutische Aufgaben, zum Beispiel das Wischen mit einem Tuch oder Schwamm, kaum möglich gewesen und in einer Arbeitssimulation habe die Beschwerdeführerin Kuverts nur im Zeitlupentempo sortiert. Die Beschwerdeführerin präsentierte sich praktisch als funktionale Einzelnerin. Aus medizinisch theoretischer Sicht sei die Tätigkeit als Sortiererin bei der Y., wozu auch das Hantieren mit Kisten voller Kuverts (Gewicht bis zu 15 kg) gehöre, im bisherigen

h ftigen Pensum wieder zumutbar. Aufgrund der Symptomausweitung sei eine tatsächliche Wiederaufnahme der Tätigkeit aber wenig realistisch. Die gedrückte Stimmung der Beschwerdeführerin sei im übrigen nicht Ausdruck einer psychischen Erkrankung. Anhaltspunkte hierfür liegen nicht vor (Urk. 9/37 S. 1-4).

3.6     Dr. B.  hielt am 26. November 2010 und 15. Februar 2011 fest, nach einem gescheiterten Arbeitsversuch in der bisherigen Tätigkeit im Anschluss an die Rehabilitation in der Rehaklinik C.  sei die Beschwerdeführerin lediglich in der Lage, leichteste Arbeiten auszuführen. Es best nden nach wie vor ausgeprägte Schmerzen in der linken Hand und im gesamten linken Arm. Es sei mit einer bleibenden Beeinträchtigung der Handfunktion links zu rechnen (Urk. 9/41, Urk. 9/60).

3.7     Am 18. März 2011 fand eine weitere kreis rztliche Untersuchung statt. Im Bericht vom 29. März 2011 hielt Dr. A.  fest, bei der ersten Untersuchung sei er von einem gering ausgeprägten CRPS ausgegangen und habe das Erholungspotential als gut eingeschätzt. Diese Hoffnung habe sich als trügerisch erwiesen. Trotz einer stationären Rehabilitationsbehandlung sei es zu einem zunehmenden Funktionsausschluss der linken Hand gekommen. Eine klinische Erklärung für diese Funktionsstörung gebe es nicht. Bei der Untersuchung sei die Trochik normal gewesen. Konventionell radiologisch habe sich ein gut konfiguriertes Handgelenk gezeigt. Das Schmerzverhalten habe demonstrativ gewirkt. Es müsse an eine ausgeprägte Symptomausweitung gedacht werden. Ein Krankheitsgewinn liege vor. Anscheinend besorge die Beschwerdeführerin nicht einmal mehr den Haushalt (Urk. 9/73 S. 4 f.).

       Nach erfolgter MRI-Untersuchung vom 6. Mai 2011 (Urk. 9/81) ergänzte Dr. A.  am 24. Mai 2011, es hätten keine relevanten Befunde erhoben werden können und eine Erklärung für die geklagten Beschwerden bestehe weiterhin nicht. Von einer verminderten Belastbarkeit der linken Hand für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könne nicht ausgegangen werden. An der Einschätzung der Belastbarkeit durch die Ärzte der Rehaklinik C.  sei festzuhalten (Urk. 9/82).

3.8     Dr. B.  berichtete am 8. Juli 2011, aus seiner Sicht sei die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen in der angestammten Tätigkeit als Sortiererin zu 50 % arbeitsunfähig. Auch bei kleineren Belastungen der linken Hand komme es sofort zu einer schmerzhaften Schwellung des Handgelenks mit ausstrahlenden Schmerzen bis in die Schultern. Im Sinne eines therapeutischen Versuchs verrichte die Beschwerdeführerin kleinere Arbeiten. Repetitives Arbeiten sei jedoch nicht möglich. Von einer weiteren ärztlichen Behandlung könne keine Verbesserung erwartet werden. Mittels des MRI liessen sich die geklagten Beschwerden nicht erklären. Es handle sich vorliegend um einen Grenzbefund. Einige Symptome für ein CRPS seien gegeben, beispielsweise die Hypersudation an der linken Hand, gelegentliche Coloritver nderungen und eine chronische Schwellung. Seines Wissens seien die einzelnen Kriterien berücksichtigt worden. Er habe die Beschwerdeführerin inzwischen zur rheumatologischen Beurteilung an einen entsprechenden Facharzt überwiesen (Urk. 9/95).

3.9     Dr. D.  begutachtete die Beschwerdeführerin am 5. September 2011 (Urk. 3/4 S. 1). Auf der Grundlage verschiedener spezifischer Untersuchungen und Testungen (Urk. 3/4 S. 8 ff. Ziff. 4) stellte er im Gutachten vom 8. September 2011 die Diagnose eines posttraumatischen CRPS Typ I bei Status nach distaler Radiusfraktur links

(Urk. 3/4 S. 14 Ziff. 5). Dr. D. ___ hielt fest, im Zuge der traumatologisch-neurologisch orientierten Untersuchung der Beschwerdeführerin habe er zahlreiche Befunde erhoben können, die auf das Vorhandensein eines CRPS entsprechend den Diagnosekriterien der IASP (International Association for the Study of Pain; vgl. Urk. 9/94) hindeuteten. Konkret seien alle vier für die Diagnose relevanten massgeblichen Kriterien erfüllt (Urk. 3/4 S. 15 f.). Die Berichterstattung über den anfänglichen Schmerzverlauf nach der Behandlung der Fraktur im Spital Z. ___ und hernach durch den Hausarzt Dr. E. ___ sei spärlich. Im ersten Kreisarztbericht hingegen sei eine Schmerzsymptomatik beschrieben worden, die nicht dem einer normal heilenden Fraktur entspreche. Die Beschwerdeführerin habe nebst einschliessenden Schmerzen bis hinauf in die Schultern über Schwierigkeiten der Handlagerung und über mehrfaches Erwachen in der Nacht, über häufig kalte und verfärbte Finger und über vermehrtes Schwitzen berichtet. Der Kreisarzt habe aufgrund der Befundlage ein nicht ausgeprägtes CRPS diagnostiziert und sei von einer vollständigen Rückbildung innert 1 bis 2 Monaten ausgegangen. Tatsächlich habe sich der Zustand nicht gebessert. Im Sommer 2010, mithin rund sechs Monate nach dem Unfall, habe die Beschwerdeführerin Sensibilitätsveränderungen nicht nur am linken Arm, sondern auch an ihrer linken Körperhälfte erwahnt. Trotz fortgesetzter ergotherapeutischer Behandlung sei keine Besserung eingetreten. Auch die stationäre Behandlung in der Rehaklinik habe keine Besserung zur Folge gehabt (Urk. 3/4 S. 14 f.).

E. 4

4.1.1. Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für die Extremitäten betreffende Krankheitsbilder, die sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma und ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden und ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ädeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_955/2008 vom 29. April 2009, E. 6 mit Hinweisen). Die Qualifikation eines CRPS, dessen Ätiologie und Pathogenese unbekannt sind, als Unfallfolge setzt rechtsprechungsgemäss die folgenden drei Kriterien voraus: a) Nachweis eines Körperschadens nach einem Unfall (beispielsweise in Form eines Hämatoms oder einer Schwellung) oder das Auftreten einer Algodystrophie nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation, b) Ausschluss anderer nicht traumatischer, ursächlicher Faktoren sowie c) kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten

der Algodystrophie (bis maximal sechs bis acht Wochen; vgl. Urteile des Bundesgerichts U 436/06 vom 6. Juli 2007, E. 3.4.2.1., 8C_150/2008 vom 24. Juli 2008, E. 3.2.2 und 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010, E. 4.2.1).

4.2.1.1. Bezogen auf den Unfallzeitpunkt (28. Januar 2010) und der von Dr. A. ___ im Bericht vom 25. Mai 2010 gestellten Diagnose eines CRPS (Urk. 9/10 S. 3), liegt eine Zeitspanne, die über die erwähnte Latenzzeit von sechs bis acht Wochen hinausgeht. Zuvor erwähnten weder die Ärzte des Spitals Z. ___, die den erlittenen Bruch behandelten, noch der Hausarzt Dr. E. ___, der für die Nachbetreuung zuständig war, die Beschwerdeführerin leide an einem CRPS beziehungsweise, sie hätten entsprechende Symptome festgestellt. Das Fehlen von klaren Anzeichen für ein CRPS, gerechnet vom Unfallzeitpunkt an, spricht zunächst gegen eine Unfallkausalität des von Dr. D. ___ im September 2011 diagnostizierten CRPS vom Typ I, wobei an der Richtigkeit seiner Diagnose nicht zu zweifeln ist. Er stellte sie anhand der hierfür von der IASP (International Association for the Study of Pain; vgl. Urk. 9/94) entwickelten Diagnosekriterien, die er einzeln detailliert prüfte und anhand der erhobenen Befunde bejahte (Urk. 3/4 S. 8 ff. Ziff. 4-6). Die von der Beschwerdegegnerin dagegen erhobenen Einwände vermögen daran nichts zu ändern. Unsachliche Äusserungen von Dr. D. ___ in anderem Zusammenhang (Urk. 8 S. 3 Ziff. 5.2.1) vermögen seine Objektivität insgesamt nicht in Zweifel zu ziehen. Die von ihm erhobenen neurologischen Befunde betrafen Messungen der Oberflächensensibilität, die quantitative Schmerzmessung mittels nozizeptiver Reize und Tests betreffend das Vibrationsempfinden (Pallaesthesia) mittels Auflegen einer Stimmgabel auf die Haut (Urk. 3/4 S. 11 f. Ziff. 4.5). Dass diese zur Ermittlung eines CRPS erforderlichen Untersuchungsschritte, bei denen es sich nicht um komplexe neurologische Abklärungen, sondern um Messungen einfacherer Art an der Körperoberfläche handelte, durch Dr. D. ___ nicht sachgerecht durchgeführt werden konnten, vermochte die Beschwerdegegnerin über ihre bloss pauschale Behauptung hinaus (Urk. 8 S. 4) nicht näher zu konkretisieren. Nicht zutreffend ist ferner ihre Behauptung, Dr. D. ___ habe sich auf die Kritik der kreisärztlichen Beurteilungen beschränkt (Urk. 8 S. 4). Dr. D. ___ nahm zu den übrigen ärztlichen Beurteilungen zwar kritische Stellung (Urk. 3/4 S. 17 ff. Ziff. 6.1), jedoch nach sorgfältiger Befunderhebung und -analyse sowie nach Stellung der Diagnose.

4.3.1. Gemäss vorstehender Erwägung 4.1 vermag auch das Tragen eines Gipses ein CRPS auslösen. Die Beschwerdeführerin trug während sechs Wochen einen Gips. Am 12. März 2010 wurde dieser abgenommen. Bereits damals klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Handgelenk und das Anlegen einer Handschiene war schmerzhaft (Urk. 9/4). Am 19. April 2010 klagte sie beim Hausarzt Dr. E. ___ über einschiessende Schmerzen im Handgelenk und Dr. E. ___ vermerkte eine beeinträchtigte Beweglichkeit (Urk. 9/7). Am 25. Mai 2010 diagnostizierte Dr. A. ___ ein leichtgradiges CRPS (Urk. 9/10 S. 3), nachdem er zuvor etwas unterkühlte Langfinger und ein etwas vermehrtes Schwitzen der linken Hand, jedoch keine Veränderungen des Hautkolorits und keine Besonderheiten in Bezug auf die Behaarung und auch sonst keine weiteren Auffälligkeiten festgestellt hatte (Urk. 9/10 S. 2). Dr. F. ___ von der G. ___, der die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Hausarztes untersuchte, stellte gemäss Bericht vom 28. Juli 2010 zwar keine sicheren Anzeichen für eine Algodystrophie fest, schloss aber nicht aus, dass solche vorübergehend vorlagen (Urk. 3/3). Die Ärzte der Rehaklinik C. ___ verneinten im Austrittsbericht vom 18. November 2010 ein CRPS mit der

Begründung, die hierfür typischen Symptome lägen nicht vor, denn es habe lediglich ein etwas vermehrtes Schwitzen (Hypersudation) festgestellt werden können (Urk. 9/37 S. 3). Welche Abklärungen die Ärzte der Rehaklinik C.____ betreffend CRPS durchführten, erschliesst sich aus dem Austrittsbericht indessen nicht. Über diesbezüglich eingehendere Untersuchungen berichteten auch Dr. A.____ und Dr. F.____ nicht. Ob entsprechend der Prognose von Dr. A.____ das diagnostizierte CRPS tatsächlich vollständig abgeklungen war, steht somit nicht fest. Dass sowohl die Ärzte der Rehaklinik C.____ als auch Dr. A.____ hervorhoben, die Beschwerdeführerin zeige ein schmerzbetontes Verhalten, schliesst es nicht aus, dass ein Substrat im Sinne eines CRPS bestehen blieb. Die Schmerzklagen der Beschwerdeführerin jedenfalls blieben konstant und eine Arbeitsaufnahme gelang trotz Fortführung der Ergotherapie (vgl. Urk. 9/42-43) und trotz entsprechender mehrfacher Versuche der Beschwerdeführerin nicht (vgl. Urk. 9/41, Urk. 9/52, Urk. 9/55, Urk. 9/60). Bei der kreisärztlichen Untersuchung im März 2011 berichtete die Beschwerdeführerin über Schmerzen in wechselndem Ausmass im Bereich der linken Hand, über vermehrtes Schwitzen, über bisweilen bläuliche Verfärbungen der Haut, über Ausstrahlungen vom Handgelenk bis in die Schulter, insbesondere auch in Ruhestellung, und über starke Schmerzen im Bereich des Vorderarms und der Hand beim Niesen oder Husten (Urk. 9/73 S. 2 Ziff. 3). Ergänzend liess Dr. A.____ eine MRI-Untersuchung durchführen (Urk. 9/81), gewann darauf aber keine neuen Erkenntnisse (Urk. 9/82). Im Bericht vom 8. Juli 2011 erwähnte der Handchirurg Dr. B.____ Grenzbefunde in Bezug auf ein CRPS (Urk. 9/95). Abklärungen im Detail erfolgten trotz gleichbleibender Klagen der Beschwerdeführerin wiederum nicht. Solche erfolgten erst durch Dr. D.____ im September 2011. Er nahm eine eingehende CRPS-Abklärung vor und bejahte begründet das Vorliegen eines CRPS (Urk. 3/4, vgl. vorstehende Erwägung 4.2). Bei der gegebenen Sachlage lässt es sich nicht ausschliessen, dass das von Dr. A.____ im Mai 2010 diagnostizierte CRPS entgegen seiner Prognose nicht nach kurzer Zeit wieder abklang, sondern anhielt und es sich somit bei dem von Dr. D.____ im Gutachten vom 8. September 2011 diagnostizierten CRPS um kausale Unfallfolgen handelt. Gewissheit über das Abklingen entsprechend der Prognose von Dr. A.____ besteht nicht. Zwar gingen nebst Dr. A.____ auch andere Ärzte davon aus, das CRPS sei abgeklungen respektive ein solches liege nicht vor, jedoch erfolgten, trotz gleichbleibender Klagen der Beschwerdeführerin, bis September 2011 keine spezifischen Abklärungen in diese Richtung.

4.4.4.4 Auf die Erkenntnisse im Gutachten von Dr. D.____ kann abgestellt werden, obschon es nach der am 27. Mai 2010 verfügten Leistungseinstellung (Urk. 9/85) respektive nach Erlass des Einspracheentscheides erstellt wurde. Es betrifft nicht einen ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegenden Sachverhalt. Zudem konnten die Parteien, insbesondere die Beschwerdegegnerin, zum Gutachten Stellung nehmen. Da somit betreffend das CRPS von Unfallfolgen auszugehen ist - die Voraussetzungen hierfür (Unfallverletzung, keine anderen in Betracht fallenden Ursachen, Latenzzeit) sind erfüllt - erfolgte die Leistungseinstellung per 31. Mai 2011 zu Unrecht, was zur Gutheissung der Beschwerde führt. Die Beschwerdeführerin hat weiterhin, das heisst auch ab 1. Juni 2011 Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Januar 2010. Über die konkret auszurichtenden Leistungen hat die Beschwerdegegnerin nach Durchführung der hierfür noch nötigen Abklärungen, in erster Linie solche betreffend die noch vorhandene Restarbeitsfähigkeit, zu befinden. Zu diesem Zweck ist die Sache nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin zu überweisen.

5. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer) festzusetzen. Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die ausgewiesenen Barauslagen in der Höhe von Fr. 4'500.-- im Zusammenhang mit dem Gutachten von Dr. D. ___ (Urk. 3/5), das für die Beurteilung der Streitsache von zentraler Bedeutung ist, zu ersetzen. Inklusiv der Barauslagen beläuft sich die Entschädigung somit auf Fr. 7'300.--.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 9. August 2011 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin auch ab 1. Juni 2011 Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Januar 2010 hat.

2. Nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids wird die Sache im Sinne der Erwägungen an die Suva zur Festsetzung der Leistungen überwiesen.

3. Das Verfahren ist kostenlos.

4. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 7'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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).

7. Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

8. 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.