

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00084 vom 6. August 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00084](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00084)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00084 du 6 août 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00084 del 6 agosto 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1951 geborene X.\_\_\_\_ war ab Juni 2006 mit einem Beschäftigungsgrad von 28 % als Reinigerin bei der Y.\_\_\_\_

sowie ab Juli 2008 mit einem solchen von 69 % bei der Z.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch unfallversichert, als sie sich am 14. Januar 2010 bei einem Treppensturz an der linken Hand verletzte (Schadenmeldungen UVG vom 2. März [Urk. 9/1] und 8. April 2010 [Urk. 9/9]).

Im Rahmen der ab 25. Januar 2010 erfolgten medizinischen Erstbehandlung lautete die Diagnose auf eine Strecksehnenruptur Dig . IV links (Urk. 9/7). Am 11. November 2010 wurde in der Klinik A.\_\_\_\_ eine Arthrodesse im DIP-Gelenk mit gleichzeitiger Infiltration der Beugesehnen der Dig . III und IV durchgeführt (Urk. 9/35), welche jedoch keine signifikante Besserung der geklagten linksseitigen Handbeschwerden brachte (Urk. 9/38). Mit Verfügung vom 19. Mai 2011 stellte die SUVA die bis dahin erbrachten Leistungen per 30. Juni 2011 ein (Urk. 9/57). Der Krankenversicherer zog seine am 26. Mai 2011 vorsorglich eingereichte Einsprache (Urk. 9/61) am 22. Juni 2011 zurück (Urk. 9/67). Am 27. Mai 2011 (Urk. 9/62), ergänzt durch die Eingaben vom 11. Juli (Urk. 9/70) und 28. Oktober 2011 (Urk. 9/75/1), erhob die Versicherte Einsprache, welche die SUVA mit Entscheid vom 6. März 2012 abwies (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

### **E. 1.2.1**

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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung

entfiele (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. 1.2.2**

Wenn der Versicherer den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer Gesundheitsschädigung einmal anerkannt hat und entsprechende Leistungen erbringt, so trägt er die Beweislast für den Wegfall der Kausalität (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Dies gilt jedoch nur für Verletzungen und Beschwerden, welche bei der ursprünglichen Anspruchsbeurteilung zur Diskussion standen. Dagegen bedeutet diese Rechtsprechung nicht, dass der Versicherer auch das Nichtbestehen einer Unfallkausalität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beweisen hätte, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 6/06 vom 15. März 2006 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.3.1**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.3.2**

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt

im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 102 E. 5b/bb mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 117 V 359 E. 6, 117 V 369 E. 4, 115 V 133 E. 6). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c/aa), während bei Schleudertraumen (BGE 117 V 359 E. 6a) und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 E. 4b) auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (vgl. zum Ganzen:

BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.3.3**

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob X. \_\_\_\_

am 23. April 2012 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 6. März 2012 sei aufzuheben und ihr sei eine UVG-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 52 % mit Wirkung ab 1. Juli 2011 sowie eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von 30 % zuzusprechen. Eventualiter sei die SUVA zu verpflichten, eine unabhängige Begutachtung in die Wege zu leiten und gestützt darauf über ihren Leistungsanspruch (Taggeld, Heilbehandlung, Rente, Integritätsentschädigung) neu zu verfügen (Urk. 1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2012 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 5. Juli 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung per 30. Juni 2011 im Wesentlichen damit, die Kriterien für das Vorliegen eines unfallbedingten

komplexen regionalen Schmerzsyndroms (Complex

Regional Pain Syndrome [ CRPS ] I) seien nicht erfüllt. Der Endzustand sei eingetreten.

Die nachweisbaren Beschwerden seien derart gering, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigerin nicht eingeschränkt sei. Die geklagten Schmerzen

seien nicht objektivierbar und stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 14. Januar 2010. Deshalb

stehe

der Beschwerdeführerin weder eine Rente noch eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 2 S. 8 ff.).

## E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin zur Hauptsache entgegen, gemäss dem von ihr veranlassten Gutachten sei

ein unfallkausales CRPS

II auszuweisen. Dieses führe ausgehend von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit selbst in einer angepassten Tätigkeit zu einem Invaliditätsgrad von 52 % und begründe einen Integritätsschaden von 30 %, womit die Leistungseinstellung zu Unrecht erfolgt sei (Urk. 1 S. 6 ff.). 3.3.1

Der am 25. Januar 2010 erstbehandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, hielt im Arztzeugnis UVG vom 16. März 2010 fest, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe diese am 14. Januar 2010 eine Stauchungsverletzung des linken Ringfingers mit seither fehlender Streckfunktion am Endglied

Dig. IV links erlitten. Er befandete einen schmerzhaften Malletfinger IV links und schloss diagnostisch auf eine Strecksehnenruptur Dig. IV links, bezüglich welcher er ein

konservatives Prozedere mit Ruhigstellung für drei Monate veranlasste. Es bestehe bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Unfalltag (Urk. 9/7).

Gemäss Angaben der Z.\_\_\_\_ arbeitete die Beschwerdeführerin teilzeitlich bis am 20. Februar 2010 (Urk. 9/10 S. 2, Urk. 9/20). 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, welcher die Beschwerdeführerin am 16. April 2010 untersucht hatte, hielt im Bericht vom 19. April 2010 in Bezug auf die linke Hand anamnestisch fest, seit dem Unfallereignis vom 14. Januar 2010 komme es zu nächtlichen Schmerzen und Einschlafgefühlen an der linken Hand. Die Beschwerdeführerin weise einen normalen Status auf, insbesondere werde eine normale Sensibilität an der linken Hand angegeben. Er beurteilte, die Befunde der Medianusneurographien an der linken Hand ergäben ein mässig ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom (CTS); wahrscheinlich sei eine chirurgische Dekompression des Nervus

medianus links angezeigt vor allem bei Beschwerdepersistenz.

An der rechten, asymptomatischen Hand hätten die Medianusneurographien ebenfalls ein CTS ergeben, wobei aber hier mit Therapiemassnahmen noch zugewartet werden könne (Urk. 9/8). 3.3

Im Überweisungsschreiben vom 13. Juli 2010 an die Klinik A.\_\_\_\_ erklärte Dr. B.\_\_\_\_,

bei der Beschwerdeführerin sei offenbar vor vielen Jahren an beiden Händen ein

Karpaltunnelsyndrom (CTS) operiert worden. Ob wohl sie auch aktuell noch

CTS-ähnliche Symptome angebe, bestehe momentan kein signifikantes Rezidiv. Derzeit sei das

Hauptproblem eine klassische Malletläsion . Es sei versucht worden, diese im Januar 2010 erlittene Verletzung konservativ mit tets Schienenbehandlung zur Aus heilung zu bringen ; bedauerlicherweise habe jedoch die Beschwerdeführerin keine Einsicht in die Notwendigkeit der konsequenzen Streckstellung des DIP-Gelenks während der Ruhigstellungszeit gezeigt und sei wiederholt ohne die angelegte Schiene aufgetaucht . Es erstaune nicht, dass eine schmerzhafte Malletläsion des linken Ringfingers persistiere und wohl die Zeit für eine Arthrodesis des DIP-Gelenks gekommen sei

(Urk. 9/19; vgl. auch ärztlicher Zwischenbericht vom 22. Juni 2010 [Urk. 9/16]). 3 . 4

Am 7. September 2010 berichtete PD Dr. med . D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, speziell Handchirurgie , Hand/Mikrochirurgie Klinik A.\_\_\_\_ , anamnestisch sei eine konservative Therapie wegen nicht vollständiger Compliance gescheitert. Die seit dem 14. Januar 2010 arbeitsunfähige Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung vom 1. September 2010 Schmerzen im Ringfinger sowie ein Taubheitsgefühl und Kribbelparästhesien in der ganzen palmaren Fläche der linken Hand sowie dorsoulnar vor allem in Dig . IV und V beschrieben, bestehend seit Januar 2010. PD Dr. D.\_\_\_\_

befundete an der linken dominanten Hand ein Integument mit reizlosen Narbenverhältnissen und ohne klinischen Verdacht auf einen Morbus Sudeck . Im Vergleich zur Gegenseite seien keine Atrophien der Interossei - oder Adduktorenmuskeln auszumachen . Die Beweglichkeit im Handgelenk sei uneingeschränkt. Palpatorsch

bestehe ein Verdacht auf eine Fingerpolyarthrose ( bestätigt durch

konventionelle Röntgenuntersuchung vom 1. September 2010 ). Die aktive Extension/Flexion im DIP-Gelenk Dig . IV betrage 0-20-45° ( passiv 0-0-55 ) . Es bestehe eine diffuse Hyposensibilität palmar an der ganzen Handfläche bis proximal etwa Höhe des Handgelenks und dorso -ulnar der Fingerkuppe bis zirka Handfläche. Die Zweipunktgediskrimination sei palmar nicht eruierbar . In der Beurteilung konstatierte der Facharzt, sowohl die Dysästhesien wie auch die Hyposensibilität

könnten klinisch nicht klar einem anatomischen Korrelat zugeschrieben werden, weshalb eine elektromyographische Untersuchung und hernach allenfalls eine operative Behandlung des Mittelfingers empfohlen werde (Urk. 9/29) . 3 . 5

PD Dr. med . E.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Paraplegikerzentrum

Klinik A.\_\_\_\_ , nannte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2010 als klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund vom gleichen Tag die diffuse Angabe einer Minderempfindung von Algesie und Ästhesie links volar wie dorsal ohne scharfe Grenzen mit Normalisierung im Bereich des Handgelenks nach proximal. Bezüglich Motorik seien keine umschriebenen Paresen und keine Atrophie festzuhalten. Er beurteilte ,

der klinische Befund sei nicht ganz typisch für ein CTS, dieses sei jedoch anhand der neurographischen Messwerte links nach wie vor nachzuweisen . Auch rechts sei die Konstellation vergleichbar mit einem beginnenden beziehungsweise residuellen Karpaltunnelsyndrom nach Dekompression , jedoch deutlich geringer als links. Der Nervus ulnaris links sei unauffällig, es finde sich in der SEP-Untersuchung kein Hinweis für eine proximal gelegene oder zentrale Afferenzstörung ( Urk. 9/31) . 3 . 6

PD Dr . D.\_\_\_\_

berichtete am 28. Oktober 2010, gemäss einer nochmaligen genauen Nachfrage bei der Beschwerdeführerin sei die Hauptsymptomatik klar das schmerzhafte DIP-Gelenk

sowie eine schmerzhafte Beugesehensscheide im Bereich des A1-Ringbandes Dig. III und IV mit Ausstrahlungen bis zum Karpal tunnel, wogegen sie die diffus verteilte Hypästhesie vor allem am Klein- und Ringfinger kaum stören würde. Er befand, die neurologische Situation erscheine weiterhin unklar in dem Sinne, dass die Beschwerdeführerin eine Hypästhesie vor allem am Ring- und Kleinfinger auf der linken Seite angebe, im EMG aber Hinweise für ein CTS vorlägen, welche wiederum klinisch kaum bestätigt werden könnten. Da die Beschwerdeführerin diesbezüglich keine Beschwerden an gebe und keine Behandlung wünsche, werde aktuell lediglich die Indikation für eine Arthrolyse im DIP-Gelenk mit gleichzeitiger Infiltration der Beugesehnen scheiden der

Dig. III und IV mit Kenacort und Lidocain

gestellt (Urk.

9/32).

Dieser Eingriff wurde am 11. November 2010 in der Klinik A.\_\_\_\_\_

durchgeführt (Operationsbericht [Urk. 9/35], wobei jedoch keine signifikante Verbesserung der linksseitigen Handbeschwerden erzielt werden konnte (Bericht vom 31. Dezember 2010 [Urk. 9/38]).

3.7

Im Bericht vom 21. März 2011 betreffend die rheumatologische Standortbestimmung vom 16. März 2011 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie Klinik A.\_\_\_\_, anamnestisch fest, es bestünde ein protrahierter Verlauf mit Dauerschmerzen Dig. IV links, wobei die Beschwerden bei Bewegung exazerbierten und teilweise in den linken Oberarm ausstrahlten. Autonome oder trophische Veränderungen habe die Beschwerdeführerin verneint. Dr. F.\_\_\_\_

befundete eine linke Hand ohne Schwellung, ohne Verfärbungen, ohne Hyperhidrose oder Hypertrichose, jedoch ein Faustschlussdefizit des Dig. IV links von 1 cm. Die Sensibilität sei nicht konklusiv untersuchbar gewesen. Er beurteilte, die Beschwerden könnten keinem spezifischen Korrelat zugeordnet werden. Eine radiologische Stellungskontrolle sei erfolgt und unauffällig gewesen. Klinisch bestünden keine Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen beziehungsweise ein CRPS I an der linken Hand. Aktuell könne er der Beschwerdeführerin keine substantiellen Verbesserungsvorschläge anbieten. Nach über einjähriger Arbeitsunfähigkeit sei nun der Zeitpunkt für eine kreisärztliche Untersuchung gekommen (Urk. 9/47). 3.

## **E. 6**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie in Folge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

## **E. 8**

Im Bericht vom 13. Mai 2011 betreffend die Untersuchung gleichen Datums führte der SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in der Beurteilung aus, es bestünde ein Verdacht auf eine progrediente Depression liege ein

durch Unfallfolgen nicht erklärbares Be schwerdesyndrom mit Kraftlosigkeit und Gefühllosigkeit des linken Unterarms nach Stauchung Dig . IV links mit nachfolgender Malletfinger

Dig . IV und Arthro dese DIP Dig . IV links am 11. November 201 0

vor.

Die i n der aktuellen Untersuchung völlig passive und depressiv wirkende Beschwerdeführerin habe ein Beschwerdebild (vgl. im Einzelnen S. 3) angegeben, das nicht mit dem an sonst unauffälligen Status nach Arthro dese des DIP IV links korreliere. Es könne nicht mit Unfallfolgen erklärt werden, dass eine völlige Gefühllosigkeit des gesamten linken Unterarms mit gleichzeitiger permanenter Schmerzhaftig keit und daraus resultierender völliger Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand bestehen solle. Die Psyche scheine hier doch die führende Komponente der An gelegenheit übernommen zu haben . Hinweise auf ein CRPS g e be es nicht. Die zuletzt in der Klinik A.\_\_\_\_ durchgeführte rheumato logische Stand ortbestimmung (E. 3. 7 hiervor) habe auch keine Erklärung für die Beschwerde situation erbringen können. Dort hätten keine weiteren therapeutischen Vor schläge gemacht werden können. Er sehe bezogen auf mögliche Unfallfolgen keinerlei Be einflussungsmöglichkeiten mehr; es scheine sich ein Schmerzsyn drom zu chronifizieren , das jedoch nicht mit der doch eher unbedeutenden Unfallfolge einer Einsteifung des DIP IV erklärt werden könne. Bezüglich der Unfallfolgen sei der medizinische End zustand

vollumfänglich gegeben. Wenn hier mögliche und einigermaßen objektivierbare Einschränkungen der Arbeits fähigkeit definiert werden sollte n , so wären dies länger , das heisst über Stunden andauernde repetitiv e kraftvolle Faustschlussbewegungen mit der linken Hand, welche als Unfallfolge begründet werden könnte n . Solche seien jedoch als Rei nigerin im Regelfall nicht erforderlich, weshalb er allein e bezogen auf die ob jektivierbare n Unfallfolgen keine Arbeitsunfähigkeit mehr für die angestammte Tätigkeit sehe. Eine Integritätsentschädigung sei nicht zu erbringen, da die Erheblichkeitsgrenze (tabellarischer Wert 0 % ) nicht erreicht werde .

Gemäss

Fein rastertabelle 5 seien ei ne Fingergelenksarthrose oder ein Zustand nach Arthro dese eines Fingergelenks nicht im Sinne einer Integritätseinbusse zu werten

(Urk.

9/52 S. 4). 3 .

## **E. 9**

Dr. med . H.\_\_\_\_ , Fachar zt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, d er die Beschw er deführerin am 10. Oktober 2011 in deren Auftrag untersucht hatte, nannte im Gutachten vom 24. Oktober 2011 folgende Diagnose n ( Urk. 9/75/2 S. 16 f.) : - Status nach Mallet-Verletzung Dig . IV l links ohne knöcherne Beteiligung mit posttraumatischem CRPS ohne nachweisbare Nervenläsion (Typ I) mit Ausbreitung zu einem oberen Quadranten-Syndrom links - Status nach DIP- Gelenksarthrodese

Dig . IV links am 11.11.2010 - begin nende, asymptomatische Heberden' sche Arthrosen an beiden Hän den (unfallfremd)

In der Beurteilung hielt der Gutachter nebst anderem fest, die für eine Mal let Verletzung sehr ungewöhnlichen Schmerzen sowie die seit dem ersten Unfall tagen zunehmende Schmerzintensität und -ausbreitung, verbunden mit den allmählich

hinzu kommenden sensiblen Störungen – diese seien vermutlich bereits im Laufe des dritten oder vierten posttraumatischen Monats zunächst am Ring- und Kleinfinger aufgetreten, hätten sich dann über die Hand

(dorsal wie auch palmar ganzflächig) ausgebreitet und müssten im Zeitpunkt der Operation vom 11. November 2010 auch die medianen drei Finger erreicht haben – bis zur Ausbildung eines oberen Quadrantensyndroms seien charakteristisch für ein CRPS. Die heutigen Befunde entsprächen nach den (Budapest-) Kriterien der International Association for

the Study of

Pain

(IASP) vollumfänglich einem CRPS, wobei das Kriterium 3 vollständig erfüllt und das Kriterium 2 auf Grund lückenhafter Anamnese (fehlende Angaben zu vasomotorischen Störungen, Sudomotorik und Ödemen) nicht sicher erfüllt seien. Dr. H.\_\_\_\_

erachtete die Indikation zur durchgeführten Arthrothese als fragwürdig, äusserte Zweifel hinsichtlich der Diagnosestellung durch die behandelnden Ärzte und kritisierte die Einschätzungen der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ (S. 17 ff.).

Der Endzustand bezüglich des spontanen Heilungsprozesses sei erreicht. Als Folge des ausgeprägten Schmerzsyndroms bestehe in der angestammten Tätigkeit als Spetterin keine Arbeitsfähigkeit mehr; eine angepasste Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin im Umfang von 60 % ausüben. Der Integritätschaden betrage mindestens 30 % (S. 20-22). 3 . 1 0

Unter Bezugnahme auf die

Einrede insoweit ins Recht gelegte Expertise des Dr. H.\_\_\_\_

hielt der SUVA-Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ am 7. November 2011 fest, weder der Neurologe Dr. C.\_\_\_\_ noch die Orthopäden und Neurologen der Klinik A.\_\_\_\_ hätten rechtzeitig jemals Hinweise auf einen Morbus Sudeck gefunden. Ein solcher sei im Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 7. September 2010 sogar ausdrücklich verneint worden (E. 3.4 hiervor), und in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Mai 2011 hätten sich ebenfalls keine Hinweise auf das Vorliegen eines Morbus Sudeck oder Folgen eines vorausgehenden Morbus Sudeck gezeigt (E. 3.8 hiervor). Auf Grund der echtzeitlichen Dokumentation und Befunde halte er an seiner Stellungnahme fest. Die retrospektive Festlegung eines unfallbedingten CRPS I durch Dr. H.\_\_\_\_ könne er nicht nachvollziehen (Urk. 9/77). 3 . 1 1

In der Aktenbeurteilung vom 16. Februar 2012 erwog Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdeführerin, der Handchirurg Dr. H.\_\_\_\_ sei der einzige Arzt, welcher ein Jahr und zehn Monate nach dem Unfall vom 14. Januar 2010 die Diagnose eines (unfallbedingten) CRPS I stelle. Zuvor sei die Beschwerdeführerin von zwei Neurologen (Dres. C.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_), dem erstbehandelnden Chirurgen Dr. B.\_\_\_\_, einem Handchirurgen (Dr. D.\_\_\_\_), einem Rheumatologen (dem in der klinischen Beurteilung und Begutachtung von CRPS-Patienten sehr erfahrene n

Dr. F.\_\_\_\_) sowie dem SUVA- Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ untersucht worden, ohne dass einer dieser Ärzte die Diagnose eines CRPS I gestellt hätte, obwohl ausweislich der Akten an ein solches gedacht worden sei.

Die Diagnose eines (unfallbedingten) C R P S I sei nur dann plausibel, wenn die dafür erforderlichen Kriterien nicht nur zu einem beliebigen Zeitpunkt fast zwei Jahre nach einem Unfall ereignis , sondern auch im gesamten Verlauf zu einem früheren Zeitpunkt erfüllt seien. Die charakteristischen Befunde wie Allodynie und Hyperpathie seien vor der Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ nicht aktenkundig gewesen. Auf Grund der echtzeitlichen Angaben und früheren klinischen Befunde an der linken Hand sei weder das zweite noch das dritte Kriterium erfüllt. Hinzu komme, dass die in der kreis ärztlichen Untersuchung vom 13. Mai 2011 mit dem Jamar -Gerät gemessene Faustschlusskraft der rechten, nicht verletzten Hand von 8 kg deutlich unter dem Mittelwert für eine 60jährige Frau ( 20.8 kg für eine nicht dominante und 25.8 kg für eine dominante Hand ) liege. Dies könne mit den Folgen einer Mal letverletzung des linken Ringfingerendglieds nicht erklärt werden, sondern nur auf der Verhaltens ebene auf Grund einer ausgeprägten Selbstlimitierung . Die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines CPRS I könne nicht nachvollzogen werden ( Urk. 9/80). 3 . 1 2

Im vorliegenden Verfahren nahmen der

Parteigutachter Dr. H.\_\_\_\_ und der Versi cherungsmediziner Dr. I.\_\_\_\_ am 23. März 2012 (Urk. 3/2) und 12. Juni 2012 (Urk. 9/83) je noch einmal zur Einschätzung des anderen Stellung. 4.

4.1

Strittig und zu prüfen ist die Leistungseinstellung per 30. Juni 2011. Dabei steht insbesondere in Frage, ob die Beschwerdeführerin in jenem Zeitpunkt an einem unfallbedingten CRPS I an der linken Hand litt. 4.2

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 ohne Bezug zum Innervations gebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radius fraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor und wird in drei Stadien eingeteilt ( I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie [ irreversibel ]). 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 ( zum Beispiel

Allodynie , Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, 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 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 (wie zum Beispiel Zustand nach Myokardinfarkt, nach Apoplexie, nach/bei Barbiturat-Einnahme, bei Tumoren, bei Schwangerschaften etc.) 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).

Aus der medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zum bei der Beschwerdeführerin versicherten Unfallereignis vom 14. Januar 2010 eingehend durch verschiedene Fachärzte untersucht wurde. Anzeichen eines CRPS (E. 4.2 hier vor) wurden nicht festgestellt respektive durch die Dres. D.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ (E. 3.4 und E. 3.7 hiervor) sowie den SUVA-Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ (E. 3.8 hiervor) gar ausdrücklich verneint.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8 ff.) sind keine Hinweise auszumachen, dass die

spezialärztlichen Untersuchungen nicht lege artis

durchgeführt oder durch Verständigungsschwierigkeiten behindert worden wären.

Überdies wäre es der Beschwerdeführerin offen gestanden, sich im Rahmen der ärztlichen Konsultationen von einer Übersetzungshilfe begleiten zu lassen, falls sie sich nicht in der Lage gefühlt hätte, ihre Beschwerden gegenüber den behandelnden Ärzten richtig darzutun. Ihrem Einwand, die (Vor-)Akten seien unvollständig und für die Diagnosestellung

nicht verlässlich, ist somit nichts abzugewinnen. Auch waren die Mediziner auf Grund ihres Behandlungsauftrags nicht gehalten, in ihren Berichten eine wissenschaftliche Diskussion über das (Nicht-)Vorliegen eines CRPS zu führen. Dies gilt umso mehr, als die dafür typischen klinischen Symptome ausweislich der echtzeitlichen medizinischen Unterlagen nicht vorliegen.

Es erweist sich nicht als einleuchtend, dass sämtliche Ärzte entsprechende Anzeichen übersehen haben sollen.

Die gutachterlichen Ausführungen des Dr. H.\_\_\_\_ vermögen

– insbesondere im Lichte der Eindeutigkeit der diesbezüglich von den übrigen Ärzten gezogenen Schlussfolgerungen –

keine Zweifel an der Feststellung, es läge kein CRPS vor, zu begründen.

Das

Auftreten eines CRPS I innerhalb der für eine Leistungspflicht der Unfallversicherung vorausgesetzten Latenzzeit von maximal acht Wochen (und darüber hinaus) ist anhand der

be weisrechtlich relevanten medizinischen Berichte nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Ob im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_

am 10. Oktober 2011 ein solches

vorlag, ist nicht entscheiderelevant, da ein Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 14. Januar 2010 infolge der zeitlichen Latenz von rund einunddreiviertel Jahren und mit Blick darauf, dass ein CRPS zuweilen auch ohne nachvollziehbare Ursache aufreten kann

(E. 4.2 hiervor), ohnehin nicht als rechtsgenügend gelten könnte. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines unfallbedingten

CRPS I gestützt auf die im Einklang mit der medizinischen Aktenlage stehenden

und nachvollziehbaren Einschätzungen der Dres. G.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ verneinte.

4.4

Unbestrittenermassen liegt auch sonst kein unfallbedingtes organisches Korrelat vor, welches die über den 30. Juni 2011 hinaus geklagten Beschwerden erklären könnte. Als objektivierbare somatische Unfallfolge ist mit dem SUVA-Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ (E. 3. 8 hiervor) die Arthrolyse

des DIP-Gelenks Dig. IV anzusehen, wodurch die Beschwerdeführerin indes weder in ihrer angestammten Tätigkeit

als Reinigerin eingeschränkt ist noch eine erhebliche Einbusse in ihrer Integrität erfährt.

4.5

Ergänzende

medizinische Abklärungen

lassen keinen weiteren Aufschluss über den entscheiderelevanten Sachverhalt erwarten, weshalb davon

– insbesondere von der beantragten Einholung eines Gutachtens (Urk. 1 S. 2 und 18) – abzu sehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d). 4. 6

In Bezug auf die nicht objektivierbaren organischen Beschwerden ist eine separate Adäquanzprüfung vorzunehmen (E. 1.3.2 hiervor).

Die Beschwerdegegnerin hat die Unfalladäquanz

zu Recht nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133 geprüft und ausgehend von einem leichten Ereignis (E. 1.3.3 hiervor) verneint (Urk. 2 S. 9 f.). Dies wurde beschwerdeweise nicht moniert und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass.

5.

Nach dem Ausgeführten ist der angefochtene Einspracheentscheid, womit die Versicherungsleistungen per 30. Juni 2011 eingestellt wurden, nicht zu beanstanden. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Buchter AN/TB/MT versandt

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