

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00145 vom 14. Oktober 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00145

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00145 du 14 octobre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00145 del 14 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, war seit dem 19. Juli 2010 als Seniorinbetreuerin bei der Y.____ ange stellt und in dieser Funktion bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) versichert. Am 16. September 2010 rutschte sie beim Einkaufen auf einem nas sen Boden aus (Urk. 8/K1).

Dabei zog sie sich eine Ellbogenkontusion mit ossärer Läsion und kleinem ossären Ausriss, eine Kinnkontusion sowie eine Kontusion am linken Knie zu (Urk. 8/M3). Am 15. Oktober 2010 teilte die Versicherte der Helsana mit, sie habe sich beim Unfall auch eine Zerrung in der rechten Leiste zugezogen (Urk. 8/K11 S. 2).

Mit Verfügung vom 6. Februar 2012 stellte die Helsana ihre Leistungen per

18. Januar 2012 ein (Urk. 8/K81). Dagegen erhob die Versicherte am 16. Februar 2012 Einsprache (Urk. 8/K82), welche mit Einspracheentscheid vom 13. Juni 2012 abgewiesen wurde (Urk. 8/K85 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/ aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S.

76).

E. 1.3

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. 1.4

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.5

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).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juni 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 25. Juni 2012 Beschwerde und beantragte sinngemäss, dieser sei aufzuheben und ihr seien weiterhin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 21. August 2012 schloss die Helsana auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 5. Oktober 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im an gefochtenen Einspracheentscheid davon aus, gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, sei spätestens ab 18. Januar 2012 vom Erreichen des Status quo sine der beklagten Beschwerden auszugehen (Urk. 2 S. 7 Ziff. 4.4 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), sie leide seit dem Unfall an Beschwerden am linken Schambein, und die Ödeme seien nach wie vor vorhanden (S. 1). Sodann schmerze ihr linker Ellbogen seit dem Unfallereignis. Sie habe schon vor dem Unfall an Rücken- sowie Knieproblemen gelitten, jedoch sei ihr Knie seither kaum mehr belastbar, es entzünde sich nach der kleinsten Anstrengung und sei schwach. Von einem Status quo sine könne nicht die Rede sein (S. 3 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kausalität der über den 18. Januar 2012 andauernden Beschwerden zu Recht verneinte.

E. 3.1

Am 16. September 2010 rutschte die Beschwerdeführerin auf einem nassen Boden aus und stürzte (Urk. 8/K1). Sie stellte sich gleichentags am A.____ vor (Urk. 8/M1-3). Es wurde eine Ellbogenkontusion links mit ossärer Läsion an capitulum

humeri, Radiusköpfchen, sowie kleinem ossärem Ausriss proc. coronoideus

ulnae, eine Kontusion des Kinns sowie des linken Knies diagnostiziert (Urk. 8/M3 S. 1).

Die Ärzte des A.____ verschrieben der Beschwerdeführerin eine Oberarmgipschiene zur Ruhigstellung des Ellbogen gelenks während zwei Wochen (S. 2).

E. 3.2

Am 27. (handschriftlich durchgestrichen und mit „17.“ überschrieben) September 2010 stellte sich die Beschwerdeführerin aufgrund von Schmerzen im Bereich der rechten Leiste auf dem Notfall des Spitals B.____ vor. Aufgrund einer am 29. September 2010 durchgeführten Sonographie der rechten Leiste wurde als Diagnose eine Adduktorenzerrung rechts festgehalten (Berichte vom 29. September 2010, Urk. 8/M4-M5).

E. 3.3

Der radiologische Befund des A.____ vom 1. Oktober 2010 ergab weder Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre

Läsionen am linken Knie noch am Becken und Hüftgelenk rechts (Urk. 8/M6-M7).

Ein am selben Ort durchgeführtes MRI des linken Knies vom 14. Oktober 2010 ergab einen dringenden Verdacht auf spontane Osteonekrose des lateralen Femurkondylus mit ausgedehntem Knochenmarködem, welches durch die Ver schmäl erung des femoralen Gelenkknorpels nicht erklärt werden könne. Sodann wurde eine mediale Gonarthrose mit zwei osteochondralen Läsionen am medialen Tibiaplateau und eine Zyste festgestellt. Mit Zusatzbefund vom 7. Dezember 2010 wurde festgehalten, bisher sei die Sturzanamnese nicht bekannt gewesen. Bei den genannten Befunden stünden differentialdiagnostisch posttraumatische Veränderungen beziehungsweise trabekuläre Mikrofrakturen im lateralen

Femurkondylus im Vordergrund (Urk. 8/M8-M9).

Mit Bericht vom 10. November 2010 des A.____ wurde ausgeführt, es liege eine komplexere Problematik mit vorbestehenden latenten Kniebeschwerden vor, welche nun im Rahmen des Unfalles aggraviert werde. Der Befund des MRI vom 14. Oktober 2010 passe jedoch auch zum beschriebenen Anpralltrauma, sodass aktuell keine sichere Unterscheidung zwischen einer vorbestehenden oder einer sturzassoziierten Problematik getroffen werden könne (Urk. 8/M13 S. 2).

E. 3.4

Aufgrund persistierender Schmerzen in der rechten Leiste erfolgte am 12. November 2010 ein MRI des Beckens. Die Befunde seien vereinbar mit einer symphysennahen nicht dislozierten Fraktur des Os

pubis rechts. Da die konventionelle Voraufnahme vom 1. Oktober 2010 keine eindeutigen Veränderungen zeigte, sei eine aktuelle Beckenübersichtsaufnahme zu empfehlen (Urk. 8/M17-18).

Die Beckenübersicht vom 30. November 2010 ergab eine regelrechte Darstellung des ossären Beckens und damit verglichen mit der Aufnahme vom 1. Oktober 2010 keine Befundänderung (Urk. 8/M21).

E. 3.5

Anlässlich einer Konsultation vom 22. Dezember 2010 wurde die Beschwerdeführerin über den Verlauf des rund einen Monat zuvor erstmals diagnostizierten (vgl. Urk. 8/M16) Morbus Ahlbäck lateraler Femurkondylus links sowie die neu hinzugekommene Diagnose einer lateralen Beckenkompressionsfraktur LC1 mit Schambeinast-Beteiligung sowie einen diesbezüglichen 3-4 monatigen Schmerzverlauf informiert (Urk. 8/M23).

E. 3.6

Am 7. Januar 2011 wurde erneut ein MRI des Beckens durchgeführt, zu welchem insbesondere unter Vergleich mit der Voruntersuchung vom 12. November 2010 - folgende Beurteilung abgegeben wurde (Urk. 8/M27): - „Aktuell besser abgrenzbare obere und untere Schambeinastfraktur rechts . - Progradientes Bone

bruise im linken oberen und unteren Schambeinast, DD reaktiv . - Keine AP für sekundäre Dislokation. Neu kleine Läsion angrenzend an den caudalen Frakturspalt, a.e . Granulationsgewebe entsprechend. - Regrediente Signalalterationen im M .

adductor

magnus

re . Keine Anhaltspunkte für Hüftkopfnekrose oder entzündliche Prozesse im linken Hüftgelenk. - Soweit beurteilbar keine AP für ossäre Metastase im Becken. Kleine Metastase im Bereich der Fraktur nicht mit Sicherheit auszuschliessen.“

E. 3.8

Am 25. März 2011 wurde die Beschwerdeführerin vom beratenden Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, untersucht (Bericht vom 28. März 2011, Urk. 8/M31). Seiner Ansicht nach sei die Kniegelenksproblematik links zum jetzigen Zeitpunkt noch als möglich unfallbedingt ausgewiesen. Der Auslöser einer Osteonekrose, wie sie bei der

Beschwerdeführerin zwei Wochen nach der Kontusion festgehalten worden sei, sei zwar durch eine solche Kontusion nicht auszuschliessen, typisch sei jedoch das spontane Auftreten. So könne ohne zusätzliche richtunggebende Veränderung mit moderat einwirkenden Kräften beim Sturzereignis höchstens eine mögliche Kausalität beurteilt werden. Die mediale Gonarthrose sei vorbestehend und unfallfremd. Allenfalls könne man von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgehen, diese sei aber spätestens zum jetzigen Zeitpunkt abgeschlossen. Daher sei für das linke Kniegelenk der Status quo sine jetzt erreicht.

Für das linke Ellbogengelenk sei der Status quo ante erreicht, eine richtunggebende Veränderung fehle. Die Beschwerdeführerin sei schmerzfrei und verfüge über eine gute Funktion.

Bezüglich Beckenregion rechts sei die Situation unklar. In früheren Berichten und MRI-Befunden sei von einer Os pubis -Fraktur respektive Osteomyelitis respektive möglicher Mammakarzinom -Metastasierung berichtet worden. Im neuesten MRI des Beckens vom 7. Januar 2011 sei ein Status nach oberer und unterer Schambeinastfraktur angegeben, wobei diese nicht disloziert seien. Die Beschwerdeführerin erwähne, dass sie einige Tage nach dem Sturz auf der rechten Seite starke Schmerzen gehabt habe, was zur Frakturlokalisierung passen würde. Diese seien aber ohne besondere Massnahmen wieder verschwunden. Dies lasse an einer effektiven Fraktur zweifeln, so dass die beschriebenen Befunde allenfalls mit einer Fissur vereinbar seien. Da bei der heutigen Untersuchung im Bereich der Schambeinäste und des Os pubis keine Druckdolenz beziehungsweise kein Verschiebeschmerz angegeben worden sei, sei von einer Konsolidation auszugehen. Die beklagten Restbeschwerden seien möglich unfallkausal, jedoch ätiologisch unklar und die nach der Kontusion vorhandenen Schmerzen seien nicht mehr vorhanden. In diesem Zusammenhang sei eine diagnostizierte Osteoporose erwähnt, welche ein erhöhtes Risiko für Fissuren oder Frakturen berge, auch nach leichten Kontusionen (S. 5).

Zusammengefasst sei für die Ellbogenlokalisation der Status quo ante und für die beiden anderen Lokalisationen der Status quo sine jetzt erreicht (S. 6).

E. 3.9

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt mit Bericht vom 26. April 2011 fest, die Beschwerdeführerin habe die Durchführung einer konventionellen Aufnahme des Beckens verweigert, weshalb er nicht Stellung

nehmen könne zur Schambeinastverletzung. Bezüglich des Knies seien die erhobenen Befunde vereinbar mit dem diagnostizierten Morbus Ahlbäck. Insgesamt sei die Untersuchung jedoch unergiebig gewesen, da die Beschwerdeführerin eine Diagnostik leg artis verweigert habe (Urk. 8/M34). Zur Kausalität könne er keine Stellung nehmen (Bericht vom 8. Juni 2011, Urk. 8/M35).

E. 3.10

PD Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. F.____, Assistenzarzt, A.____, führten mit Bericht vom 20. Juni 2011 aus, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden seien zum einen durch die Beckenringverletzung (LC I-Fraktur; 16. September 2010) erklärt. Zum anderen bestehe aber auch eine gewisse Symptomatik im Rahmen der Facettengelenksarthrose L5/S1. Zur genauen Beurteilung der Lendenwirbelsäule (LWS) sei

ein MRI durchzuführen (Urk. 8/M36).

Nach durchgeführtem MRI der LWS (Urk. 8/M37) hielt Dr. F. ___ mit Bericht vom 8. August 2011 (Urk. 8/M44) fest, die Beckenbeschwerden und insbesondere die Beckenringfraktur seien auf den Sturz vom 16. September 2010 zurückzuführen. Sodann sei die Facettengelenksarthrose zwar degenerativer Natur, jedoch sei die Verschlimmerung der Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich ebenfalls als Folge des Unfalles zu sehen (S. 1 Ziff. 2-2.1). Die degenerative Veränderung der LWS habe sich durch eine Fehlbelastung wegen des Unfalles verschlimmert (Ziff. 5). Der Endzustand sei noch nicht erreicht (Ziff. 6). Die Beschwerdeführerin sei als Seniorenbetreuerin wieder einsatzfähig, wobei auf schwere körperliche Arbeit, wie das Heben von Patienten, verzichtet werden sollte (S. 2 Ziff. 7a f.).

E. 3.11

Am 18. Januar 2012 nahm Dr. Z. ___ aufgrund der neu eingegangenen Berichte nochmals Stellung (Urk. 8/M46). 4. 4.1

Gestützt auf die Akten ist erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 16. September 2010 eine Ellbogenverletzung links sowie eine Kontusion des linken Knies zuzog. Sodann ist den Akten zu entnehmen, dass sie sich wenige Tage nach dem Unfall wegen Leistenschmerzen behandeln liess (vgl. E. 3.2 sowie Bericht vom A. ___ vom 1. Oktober 2010, Urk. 8/M7).

Mit Bericht vom 25. März 2011 hielt Dr. Z. ___ fest, es sei bezüglich der Knieproblematik vom Status quo sine und betreffend der beim Unfall zugezogenen Verletzung am linken Ellbogengelenk vom Status quo ante auszugehen. Die Schmerzen im Beckenbereich erachtete Dr. Z. ___ für weiter abklärungsbedürftig (diagnostisch und ätiologisch), wobei er trotz den Unklarheiten auch bezüglich den beklagten Beschwerden im Beckenbereich von einem Status quo sine ausging (vgl. E. 3.8).

Mit Schreiben vom 20. Juni 2011 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, zur Abklärung der Frage, ob die aktuell noch geklagten Beschwerden unfallbedingt seien oder nicht, wolle sie beim G. ___ oder beim

H. ___ ein Gutachten einholen (Urk. 8/K54). Ein solches Gutachten wurde allerdings in der Folge nicht veranlasst:

Nachdem die Beschwerdegegnerin erfuhr, dass die Beschwerdeführerin im A. ___ bei PD Dr. E. ___ in Behandlung ist, ging sie davon aus, das Gutachten sei „wohl nicht mehr nötig, nachdem wir beim A. ___ unsere Akten erhalten haben“ (vgl. Telefonnotiz vom 22. Juni 2011, Urk. 8/K56).

4.2

Wie unter Erwägung 3.

E. 7

Dr. med. C. ___ , Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen , führte mit Bericht vom 10. Januar 2011 aus, er behandle die Beschwerdeführerin wegen Osteoporose. Sie habe sich nach dem „nicht traumatischen Sturz mit typischer (Osteoporose) Fraktur am rechten Os pubis zur Knochendichtemessung zuweisen lassen“ (Urk. 8/M28).

E. 10

). Eine Begründung dafür führte er allerdings nicht an, sondern liess es bei dieser Feststellung bewenden, weshalb es eine Schlussfolgerung

nicht zu überzeugen vermag. Sodann sind derart pauschale Ausführungen schon aufgrund der Tatsache, dass der radiologische Befund vom 1. Oktober 2010, also rund zwei Wochen nach dem Unfallereignis, im Gegensatz zu den später durchgeführten MRIs keine frischen traumatischen ossären Läsionen im Bereich des Beckens zeigte (vgl. E. 3.3), nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Wobei in diesem Zusammenhang sogleich darauf hinzuweisen ist, dass das konservative Röntgenbild vom 30. November 2010 den Befund des Röntgenbildes vom Vormonat bestätigte, obwohl - wie gesagt - zwischenzeitlich im MRI Läsionen festgestellt wurden. Mit diesen widersprüchlichen Befunden setzte sich keiner der Ärzte auseinander. 4.3

Genauso wenig nachvollziehbar ist indes, dass Dr. Z.____ die Unfallkausalität der Beckenbeschwerden verneinte respektive auf einen Status quo sine

schloss, obwohl er auf Widersprüchlichkeiten hinsichtlich Diagnose und Ätiologie der Beckenschmerzen hinwies (vgl. E. 3.8) und sich mit der Frage, ob die festgestellten Frakturen, welche allenfalls die nach wie vor beklagten Beschwerden auslösen, auf den Unfall vom September 2010 zurückzuführen sind, gar nicht auseinandersetzte. 4.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

Angesichts der sich in der Kausalitätsbeurteilung widersprechenden und je in sich selbst nicht schlüssig begründeten Einschätzungen von Dr. F.____ - der als Assistenzarzt im Übrigen über keine fachärztliche Qualifikation verfügt - und Dr. Z.____ fehlt es an einer den Beweisanforderungen genügenden Expertise (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2012 vom 8. Januar 2013 E).

6.3). Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zur Beurteilung der Unfallkausalität der noch beklagten Beschwerden eine versicherungsexterne Gutachten einholt und hernach über den Leistungsanspruch neu entscheidet. 4.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass über den strittigen Leistungsanspruch nicht ohne zusätzliche medizinische Abklärungen entschieden werden kann, da der entscheidrelevante medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist. Der angefochtene Einspracheentscheid ist daher aufzuheben und die Sache ist zur fachärztlichen Abklärung des entscheidrelevanten medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Demnach ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einsprache ent scheid vom 13. Juni 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Helsana Unfall AG - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannFonti FK/FF/MPversandt

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