

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00198

vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00198

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00198 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00198 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E.

4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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. 1.3

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 nach gewiesen 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 leistungsbegründender 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. 1.4

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 Vorkenntnisse (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). 2.

E. 2

Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die ihr ab dem 31. Juli 2011 weiterhin zustehenden Versicherungsleistungen auszurichten hat (Heilungskosten und Unfalltaggelder).

E. 2.1

Die erstbehandelnde Dr. med. D.____ diagnostizierte mit Bericht vom 4. März 2010 (Urk. 15/M3) einen Status nach Sturz mit Kontusionen der Schulter, des Ellbogens und Gesässes mit Schmerzausstrahlung in den Arm und überwies die Beschwerdeführerin an Dr. med.

E.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH.

E. 2.2

Dr. E.____ berichtete am 25. Januar 2010 (Urk. 15/M1) über die bisherige symptomatische Therapie und verneinte unter Hinweis auf angefertigte Röntgenaufnahmen das Vorliegen ossärer Läsionen an Ellbogen, Schulter und Becken (Urk. 15/M8). Sonographisch habe sich keine relevante Rotatorenmanschettentraktur ergeben, ein neurologisches Konsilium habe keine relevante Neuropathie gezeigt (Urk. 15/M11).

E. 2.3

Bei persistierenden Schulterschmerzen links erfolgte am 19. Februar 2010 (Urk. 15/M4) eine MR-Arthrographie, welche eine niedergradige Partialruptur der Supra-, Infraspinatus- und Subscapularissehne sowie eine Bursitis subacromialis zeigte. Weiter äusserte der untersuchende Dr. med. F.____ vom G.____, einen Verdacht auf eine Verletzung insbesondere des inferioren glenohumeralen Ligaments im Sinne einer möglichen HAGL-Läsion.

E. 2.4

Dr. med. H.____, Oberarzt Klinik für Rheumatologie am Z.____, diagnostizierte mit Bericht vom 21. März 2011 (Urk. 15/M23) einen Status nach Sturz am 22. September 2001 (richtig: 2009, mit

Periarthropathia

humeroscapularis

[PHS]

tendopathica links, niedriggradige r Partialruptur M. Supraspinatus , Verdacht auf HAGL-Läsion) , ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) links (differenzialdiagnostisch im Rahmen der Diag nose 3, mit kleiner fokaler Diskushernie L3/4 foraminal links, L4/5 foraminal links und L5/S1 recessal / foraminal rechts ohne Kontakt zur Nervenwurzel sowie mit einem kleinen Hämangiom Lendenwirbelkörper [LWK] 2), ein inter mittierendes Carpaltunnelsyndrom (CTS) links mit Brachialgia

nocturna (posi tive elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. I.____ vom 1 1. November 2009, keine Anhaltspunkte für ein CTS in der elektrophysiologischen Untersu chung vom 2 1. Januar 2011) sowie einen Verdacht auf ein symptomatisches

femoro-acetabuläres

Impingement Hüfte links (Herniation

pit links, MRI Becken vom 1 8. Oktober 2010).

Dr. H.____ verwies auf multilokuläre Schmerzen mit diskreten Befunden sowohl lumbal als auch im Bereich der linken Schulter. Das bekannte CTS links sei aktuell wenig symptomatisch. Ebenso sei klinisch die linke Hüfte bezüglich Impingement asymptomatisch. Bei Beschwerdepersistenz sei eine Verlaufs- Arthro -MRI-Untersuchung der Schulter respektive eine erneute Infiltration der Wurzel L5 links in Erwägung zu ziehen, aktuell fehlten jedoch diesbezügliche Hinweise. Aus rheumatologischer Sicht sollte eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei einem 50 % Arbeitspensum in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsfach frau möglich sein.

E. 2.5

Dr. med. J.____ vom G.____ berichtete am 9. Mai 2011 (Urk. 15/M26) über die triplanare Arthro -MRT-Untersuchung des Schulterge lenkes links vom selben T a g und verwies vorweg auf eine intakte Rotatoren manschette . Er verwies auf einen Acromiontyp I mit leichter lateraler Absen kung

und entsprechender Einengung des subacromialen Gleitraumes. Mehr diffuses Flüssigkeitssignal

in der Bursa subdeltoidea / subacromialis

interpretierte er als Hinweis auf eine m ä ssige Bursitis

im Rahmen der klinischen Impinge mentsymptomatik . Daneben we rd e jedoch bei lax verlaufendem

Ligamentum glenohumerale

superior , der diskreten Subluxation der langen Bizepssehne

am Oberrand des Sulcus sowie der lokalen Signalstörung am Subscapularissehnen ansatz eine Pulleyläsion

vermutet. Weiter erwähnte er eine k leinste subkortikale Zyste im Humeruskopf

craniodorsal

im Rahmen einer Enthesiopathie . Im Übrigen schilderte er ein normales Arthro -MRT des Schultergelenkes

links mit regelrechter Darstellung der verbleibenden Manschettenanteile, der labralen Strukturen und der Schulterblattmuskulatur, wobei sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer ligamentären

A vulsion im Glenoid inferior ergä ben. 2. 6 2. 6 .1

Am 6. Juli 2011 (Urk. 15/M25) erstatteten Dr. med. K.____ , Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. L.____ , Facharzt FMH Neurologie, und Dr. med. C.____ , Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von der A.____ ihr polydisziplinäres Gutachten zu Handen der Beschwerdegegnerin. 2. 6 .2

Die Ärzte hielten unter Hinweis auf die medizinischen Dokumente unmittelbar nach dem Unfall fest (S. 26 f.) , die Beschwerdeführerin habe Kontusionen primär der Weichteile der linken Körperseite (Schulter, Gesäss) sowie des linken Ellbogens erlitten . Es habe keine Bewusstseinsstörung und somit keine traumatische Hirnverletzung als mögliche Grundlage eines postcommotionellen Syndroms bestanden . Dazu sei aufgrund der Befunde vorerst keine Rotatorenmanschettenläsion nachgewiesen beziehungsweise als mögliche Grundlage der Beschwerden diskutiert worden . Es handle sich gemäss medizinischer Dokumentation um Verletzungen, welche keine unmittelbare medizinische Intervention erfordert hätten . Aufgrund der verfügbaren Unterlagen hätten keine relevanten Verletzungen nachgewiesen werden können . Insbesondere seien relevante strukturelle Läsionen ausdrücklich ausgeschlossen worden , worauf basierend eine Erholung innerhalb von wenigen Tagen bis höchstens einigen Wochen habe erwartet werden müssen. Statt einer Restitution sei es im weiteren Verlauf zur Eskalation der Symptome gekommen .

Die im

Arthro -MRI der linken Schulter rund 5 Monate nach Unfall nachgewiesenen Partialrupturen der Supra-, Infraspinatus - und Subscapularissehne

seien vorerst als Folge des Unfalls interpretiert worden . Der Verlauf im Rahmen der eingeleiteten Behandlungen habe sich als protrahiert gezeigt . Insbesondere sei eine Kapsulitis der linken Schulter erwogen (allerdings nicht bestätigt) und eine orthopädische Konsultation eingeleitet worden . Im Verlauf bis zur schulter orthopädischen Untersuchung finde sich in den verfügbaren Akten keine Erwähnung von anderen Beschwerden

ausser den Symptomen an der linken Schulter. Bereits vor der orthopädischen Untersuchung sei allerdings explizit auf ein Missverhältnis zwischen den angegebenen Beschwerden und objektifizierbaren Befunden hingewiesen worden .

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung im Z.____

im Mai 2010 sei keine offensichtliche traumatisch ausgelöste Pathologie in der linken Schulter erkannt beziehungsweise diskutiert worden . Die Diagnose subacromiales

Impingement der linken Schulter deute auf eine unspezifische Beschwerdeverursachung hin . Die leichtgradige

Rotatorenmanschettenläsion

sei zwar auf den Sturz zurückgeführt, diese Zuordnung jedoch nicht eingehend diskutiert worden. Auch anlässlich der Kontrolle im Juli 2010 seien Hinweise auf eine fehlende positive Korrelation zwischen den Befunden und den Beschwerden hervorgehoben worden. Anlässlich der ersten orthopädischen Konsultation sei die fehlende positive Wirkung der im Mai 2010 durchgeführten Infiltration der linken Schulter auffallend gewesen. Die Infiltration habe gar zu einer Akzentuierung der Beschwerden geführt, was bei Störungen vor

dem Hintergrund der strukturellen Läsionen kaum, hingegen bei somatisch nicht ausreichend erklärbaren Symptomen häufig beobachtet werde. Es sei im Juli 2010 beidseitig eine kräftige Rotatorenmanschette nachgewiesen worden, womit die partielle Läsion, welche im MRI vom Februar 2010 diagnostiziert worden sei, ungeachtet der Genese die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden offensichtlich nicht erkläre. 2. 6 .3

Die Gutachter führten in ihrer Beurteilung aus (S. 26 f.), die Synopsis der Angaben in den Akten seit dem Unfall ergäbe unter Berücksichtigung der klinischen und der bildgebenden Untersuchungen kaum Hinweise auf Beschwerden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Verursachung durch strukturelle Läsion hindeuteten, die durch den erwähnten Unfall ausgelöst worden seien. Ohne eine strukturelle Läsion lasse sich weder die Persistenz der Beschwerden, noch die Wirkungslosigkeit der durchaus adäquaten Therapiemassnahmen erklären. Zudem änderten sich Angaben in der Anamnese, mit welchen eine Neigung der Beschwerdeführerin zu protrahierten, therapieresistenten Beschwerden möglicherweise unter dem Einfluss von psychosozialen Belastungen hervorgehoben werde. Die Angaben zu früheren Beschwerden und der mutmasslich belasteten psychosozialen Situation stünden allerdings in einem deutlichen Widerspruch zur aktuell erhobenen Anamnese und auch zu Angaben, welche nach dem Unfall dokumentiert worden seien. So würden psychosoziale Belastungen und frühere, länger andauernde Symptome verneint, obwohl beispielsweise gemäss Aktenlage bereits früher ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Verdacht auf Symptomausweitung dokumentiert worden sei. Fasse man ferner die Ergebnisse der Untersuchungen im Verlauf (insbesondere die Befunde der rheumatologischen Klinik des Z.____) gemäss zugestellten Akten zusammen, ergäben sich klare Elemente, welche auf eine massive Diskrepanz zwischen den nachweisbaren strukturellen Befunden (an der linken Schulter zu keinem Zeitpunkt ausreichend schwere strukturelle Veränderung, welche die Beschwerden erklären könnte) und Beschwerden hinwiesen. Damit und mit den psychosozialen Belastungen würden die wichtigsten Kriterien einer somatoformen Störung hervorgehoben, welche offensichtlich bereits vor dem Unfall bei der Entwicklung der Beschwerden eine Rolle gespielt hätten. Vor diesem Hintergrund sei (im weitesten Sinne) eine psychosozial determinierte Grundlage der geäusserten subjektiven Beschwerden überwiegend wahrscheinlich und eine traumatische Genese ausgehend vom Unfall allerhöchstens möglich. 2. 6 .4

Aus neurologischer Sicht (S. 28) wiesen die Ärzte darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall ein stationäres Beschwerdebild beklage, wobei sie die Symptomatik ganz lapidar schildere, als ob es völlig logisch wäre, dass aus einem banalen Treppensturz ein chronifiziertes

hemikorporelles

Schmerzsyndrom resultiere. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei normal. Es finde sich ein auffallendes appellatives schmerzgeplagtes Verhalten, welches vom Ehemann noch durch zahlreiche Bemerkungen unterstützend ergänzt werde. Die Prüfung des Gangbildes sei etwas auffällig und lasse am ehesten an eine psychogene Störung denken (walking on ice), dieser Eindruck werde verstärkt durch das völlig normale Gangbild beim unbeobachteten Verlassen der Untersuchungspraxis. Die aufgrund der neurologischen Voruntersuchung durch Dr. I. ___ vom November 2009 erwogene und durch die nochmalige Untersuchung im Januar dieses Jahres am Z. ___ offenbar wieder verworfene Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms könne aktuell klinisch nicht nachgewiesen werden. Dies betreffe sowohl die rechte als auch die linke Hand. Das initial rechtsbetonte Karpaltunnelsyndrom sei mit Sicherheit nicht als unfallkausal einzustufen. Aktuell könne aus neurologischer Sicht keine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems festgestellt werden, aus neurologischer Sicht lasse sich dementsprechend auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge von unfallkausalen Störungen attestieren. 2. 6 .5

Aus orthopädischer Sicht hielten die Gutachter fest (S. 29 f.), dass bei der Beschwerdeführerin als Folge des Sturzes keine gravierenden Verletzungen aufgetreten seien. Dafür spreche bereits die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin kein Bedürfnis gehabt habe, sich einer raschen ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Sie sei nämlich erst zu ihrer Hausärztin gegangen, nachdem diese einige Zeit nach dem Unfall wieder nach einer Abwesenheit in der Praxis gewesen sei. Auch die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin an die Ereignisse der ersten Tage nach dem Unfall nicht mehr genau erinnere, sei ein Hinweis dafür, dass der Sturz nicht dermassen gravierend empfunden worden sei, wie es nun angegeben werde. Gemäss Akten sei die Beschwerdeführerin aber relativ rasch zu Spezialärzten geschickt worden, was eventuell darauf hindeute, dass die Hausärztin bereits befürchtet habe, dass sich ein protrahierter Heilverlauf einstellen könnte. Tatsache sei, dass weder klinisch noch basierend auf bildgebenden Verfahren posttraumatische und insbesondere keine schwerwiegenden Veränderungen hätten erkannt werden können. Die linke Schulter sei mehrfach mittels MRI untersucht worden, das letzte Mal im Mai 2011. Die Befunde seien äusserst diskret und nicht typisch für eine durchgemachte Verletzung. Im Vergleich zum MRI vom Februar 2010 bestehe praktisch keine Veränderung. Somit könne beim dokumentierten Verlauf nicht davon ausgegangen werden, dass durch den Unfall allenfalls eine richtunggebende Verschlechterung eines pathologischen Vorzustandes vorliege.

Im Bereich der LWS hätten im MRI vom Oktober 2010 degenerative Veränderungen festgestellt werden können. Aktuell bestehe kein radikuläres

Reizsyndrom. Es lasse sich höchstens ein leichtes lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom und insbesondere ein myofaszielles Beschwerdebild nachweisen. Sowohl im Bereich der oberen wie auch der unteren Extremität

sowie der LWS bestehe bezüglich den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden eine erhebliche Diskrepanz. Die Diskrepanz bestehe zwischen allen angegebenen Beschwerden und objektiven Befunden, namentlich betreffend die linke Schulter, den linken Arm, die linke Hüfte und die lumbalen Beschwerden. Es müsse aufgrund der Diskrepanz zwischen den Beschwerden und objektiven Befunden davon ausgegangen werden, dass bei der Patientin

eine so matoforme Schmerzstörung bestehe mit Tendenz zu einer Symptomausweitung. Bei dieser Entwicklung spielen die psychosozialen Belastungen eine Rolle. Sicherlich ungünstig sei auch der Faktor, dass der Gatte der Beschwerdeführerin arbeitsunfähig sei und nur eine bescheidene Rente erhalte. Dies könnte den oben gemachten Aussagen (Unzufriedenheiten, Frustrationen) Vorschub leisten. Ungünstig sei wohl auch, dass nicht früher nach dem Unfall konsequente Arbeitsversuche eingeleitet worden seien. Es sei bereits jetzt sicherlich eine ungünstige Chronifizierung

eingetreten, welche die weitere Re-Integration zweifelsohne erschweren werde.

Objektiv gesehen besteht aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestünden auch keinerlei Gründe, hier eine Integrations- (richtig: Integritäts-) e ntschädigung auszusprechen. 2. 6 .6

Aus neuropsychiatrischer Sicht führten die Ärzte aus (S. 30), es lasse sich aktuell kein psychopathologisches Syndrom nachweisen und ein solches sei auch in den Akten nicht beschrieben worden. Eine psychopathologische Diagnose könne nicht gestellt werden. 2. 6 .7

Die Experten stellten folgende Diagnose n (S. 30): -

Diffuses myalgieformes (myofasiales) Beschwerdebild im Bereich der linken Schulter im Sinne einer Periarthropathia

humeroscapularis bei niedriggradiger Partialruptur des Musculus

supraspinatus und Verdacht auf HAGL-Läsion (gemäss

Arthro -MRI 19. Februar 2010) -

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom der unteren LWS links, differentialdiagnostisch

im Zusammenhang mit einer kleinen fokalen Diskushernie L3/4 foraminal

links, L4/5 foraminal links und L5/S1 recessal / foraminal rechts ohne Kontakt zur

Nervenwurzel, kleines Hämangiom LWK 2 (gemäss MRI der LWS vom 18. Oktober 2010)

-

Intermittierend auftretende nächtliche Parästhesien (Brachialgia nocturna), gegenwärtig

keine sicheren Hinweise auf Karpaltunnelsyndrom links (gemäss Bericht vom

11. November 2009 positive elektrophysiologische Untersuchung, keine Anhaltspunkte für ein Karpaltunnelsyndrom in der elektrophysiologischen Untersuchung vom

21. Januar 2011) -

Verdacht auf symptomatisches femoro-acetabuläres

Impingement Hüfte links

-

Somatoforme Schmerzstörung bei psychosozialen Belastungen (in erster Linie Einkommensverhältnisse) 2 .6 .8

Die Gutachter attestierten als Folgen des Unfalls (abgesehen von einer kurzen Phase von allerhöchstens wenigen Wochen) keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit (S. 34). Eine weitere Heilbehandlung erachteten sie nicht als notwendig, da die geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden könnten (S. 37). Das Vorliegen eines Integritätsschadens verneinten sie ebenfalls (S. 47).

E. 2.7.1

Am 6. September 2012 (Urk.

E. 2.7.2

Der neurologische Teilgutachter fand in seiner Untersuchung (S. 35 f.) aktuell keine Hinweise auf zentrale oder periphere Pathologien beziehungsweise kein Hemisyndrom im neurologischen

Sinne und keine radikulären oder peripheren Ausfälle. Er hielt fest, die Schwäche der oberen und unteren

Extremität sei rein schmerzbedingt durch die erheblichen klinischen muskuloskeletalen Befunde auf der linken Seite. Er führte aus, in den Akten sei eine Bandscheibenprotrusion L3-S1 links beschrieben, welche zu Wurzelreizungen führen könnte. In der aktuellen CT-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) vom 19. Juli 2012 fanden

sich eine leichte Osteochondrose

und Spondyllose C5/6 mit Einengung der Foramina beidseits ohne Hinweise auf eine Diskushernie oder eine fokale Protrusion beziehungsweise ohne Hinweise auf eine Neurokompression. In diesem CT der HWS fanden sich hypertone und verdickte Musculi scaleni links, diese Verdickung sei CT-mässig eindeutig (Hypertonus der linksseitigen Scalenmuskulatur)

für die linke Seite, rechts finde sich ein Normalbefund.

Der neurologische Gutachter hielt fest, dass sich durch die Kontusion in der linken Schulter

und der linken Hüfte ein Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung im Bereich des linken Armes, der linken HWS, des Schultergürtels und des linken Beines entwickelt habe. Diese Beschwerden seien als erheblich und invalidisierend zu taxieren.

Trotz fehlenden neurologischen Defizits bestehe vor allem bei der Kraftprüfung der linken oberen Extremität eine starke Überlagerung durch Schmerzen.

E. 2.7.3

Aus rein orthopädischer Sicht fand der Facharzt (S. 36)

fast eine seitengleiche Beweglichkeit in beiden

Schultern. Die linke Schulter zeige jedoch gegenüber rechts signifikante Einschränkungen, so sei der Schürzengriff eingeschränkt, der Test für die Bizepssehne, der O'Brien-Test, sei für

links klar positiv und bleibe rechts negativ.

Die Schmerzen hätten sich nach dieser Zeit generalisiert im linken Schultergelenk. Es seien sämtliche Strukturen der linken Schulter druckdolent. Die einzelnen spezifischen Schultertests

für die Rotatorenmanschette

seien nicht mehr verwertbar. Hier bestimme jedoch aus orthopädischer

Sicht eine eindeutige Pathologie, die MRI-mässig klar dokumentiert sei: Es finde sich eine deutliche M. supra- und infraspinatus -Atrophie links gegenüber rechts.

Dies sei deutlich palpabel.

Es finde sich weiter eine „eingeschränkte Halswirbelsäule“, eine eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit

mit einem auffälligen Kinn-Sternum-Abstand von 2/23 cm. Es bestimme eine ausgeprägte Flèche

cervicale von gut 5 cm. Die ganze autochthone, paravertebrale

Halsmuskulatur sowie der M. trapezius links seien verhärtet und druckdolent.

E. 2.7.4

Aus psychiatrischer Sicht hielten die Ärzte fest (S. 36 f.), dass sich in der

Anamnese keine Hinweise auf

eine psychiatrische Erkrankung vor dem hier relevanten Unfall finden liessen. Ebenfalls habe die Beschwerdeführerin nach dem Arbeitsunfall zu keiner Zeit an einer affektiven

Störung oder an einer Angstkrankheit oder gar an einer Psychose gelitten. Ebenfalls werde eine Persönlichkeitsstörung

klar ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin habe nie in

einer psychiatrischen Therapie gestanden und aus derzeitiger psychiatrischer Sicht sei eine solche

auch nicht angezeigt. Eine differenzialdiagnostisch

in Frage kommende anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne bei

der Beschwerdeführerin ebenfalls ausgeschlossen werden. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und es könne aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose

im eigentlichen Sinne gestellt werden.

E. 2.7.5

In ihrer integrativen Beurteilung führten die Gutachter aus (S. 38), retrospektiv sei festzuhalten, dass die Abklärung und Therapie der Beschwerdeführerin äusserst

schleppend erfolgt sei, sie habe zudem das Pech gehabt, den Schmerzvorstellungen der Orthopäden

im Z. ___ für eine posttraumatische Läsion beziehungsweise einer Partialruptur der Supra / Infraspinatus - und Subscapularissehne nicht zu entsprechen und sei deshalb auf die Rheumatologie abgeschoben worden, wo sie konservativ weiterbehandelt worden sei und

sich bei ihr, wie der Verlauf gezeigt habe, eine chronische Schmerzsymptomatik etabliert habe, die bis

heute anhält und sich auf die linke Seite, insbesondere auch in die HWS ausgebreitet habe,

wo sich heute im CT der HWS klar eine Hyperdensität der Scalenusmuskulatur auf der linken Seite dokumentieren lassen.

Die vorbestehenden krankhaften Befunde der LWS sowie der linken Hüfte dürften durch den

stattgehabten Treppensturz gleichfalls eine massgebende Aktivierung erfahren haben, so dass die heutige linksseitige Schmerzsituation der Explorandin zwanglos als unfallbedingt erklärt werden könne aus orthopädischer und neurologischer Sicht.

Eine psychiatrische Auffälligkeit finde sich im ganzen Krankheitsverlauf nicht.

E. 2.7.6

Zur Kausalität hielten die Experten fest (S. 38), die heute geschilderten Beschwerden seien mit grösster Wahrscheinlichkeit

auf den Treppensturz zurückzuführen. Da medizinische Akten bereits vor dem hier relevanten Unfall vorhanden seien, dürfe insbesondere für die linke

Schulter angenommen werden, dass sie durch den hier stattgefundenen Unfall erheblich, d.h. richtunggebend geschädigt worden sei.

E. 2.7.7

Die Ärzte hielten schliesslich fest (S. 39), für die linke Schulter bestehe heute ein Zustand nach dokumentierter traumatischer Rotatorenmanschettenruptur.

Aufgrund der bisherigen Unfallanamnese und der Beurteilung der Schultersituation durch das Z. ___ dürfe man annehmen, dass dieser Befund nicht operativ saniert

werdend beziehungsweise auch nach einer Operation nicht mehr bessern dürfte, so dass von einem bleibenden

Schaden der Integrität gesprochen werden könne. Gemäss Tabelle 1 der Suva „Integritätsschaden

bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten" könne analog ein Listenfall

einer „Schulter bis zur Horizontalen beweglich" eingesetzt werden. Hier resultiere eine Integritätsentschädigung

von

E. 3

Es sei eventualiter ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachdisziplinen Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie/Neuropsychologie sowie Psychiatrie einzuholen.

E. 3.1

Das Gutachten der A. ___ - Ärzte entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich : So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die Frage der Kausalität. Sodann beruht es auf (den angezeigten) allseitigen Untersuchungen, wurde die Beschwerdeführerin doch in orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht abgeklärt. Die Expertise berücksichtigt die geklagten Beschwerden und würdigt diese in überzeugender Weise. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation - namentlich im Hinblick auf die Kausalität - ein. Schliesslich sind die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

So legten die A. ___ - Ärzte dar, dass die Untersuchungen sowie die Vorakten kaum Hinweise auf mit der durch den Unfall ausgelösten strukturellen Läsion im Zusammenhang stehende Beschwerden ergeben hätten (E. 2.6 .3). Dies begründeten sie hauptsächlich mit den in mehrfach durchgeführten MRI Untersuchungen erhobenen Befunden in der Schulter, welche sie - zu Recht - als äusserst diskret einschätzten (E. 2. 6 .5). So sei beispielweise bereits im Juli 2010 beidseitig eine kräftige Rotatorenmanschette nachgewiesen worden, weshalb die partielle Läsion, welche im MRI vom Februar 2010 diagnostiziert worden sei, die geklagten Beschwerden nicht erkläre (E. 2. 6 .2). In Bezug auf die LWS-Problematik verwiesen sie auf ein (höchstens) leichtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein myofasiales Beschwerdebild (E. 2. 6 .5). In neurologischer Hinsicht konnten sodann gar keine Befunde erhoben werden (E. 2. 6 .4) wie auch in neuropsychologischer (E. 2. 6 .6).

E. 3.2

Diese Einschätzung stimmt mit der Aktenlage betreffend die bildgebenden Untersuchungsergebnisse überein: Aus dem im Rahmen der A. ___ - Begutachtung angefertigten Arthro-MR-Bild des linken Schultergelenks vom 9. Mai 2011 (und damit zweieinhalb Monate vor der Leistungseinstellung) ergaben sich im Wesentlichen unauffällige Verhältnisse. Namentlich zeigte sich eine intakte Rotatorenmanschette bei nur leichter lateraler Absenkung des Acromions und entsprechender Einengung des subacromialen Gleitraumes. Weiter wurden ein Hinweis auf eine mässige Bursitis im Rahmen der klinischen Impingement symptomatik , eine vermutete Pulleläsion sowie eine kleinste Zyste erwähnt. Ansonsten wurde auf ein normales Arthro-MRT des linken Schultergelenkes verwiesen mit regelrechter Darstellung der verbleibenden Manschettenanteile, der labralen Strukturen und der Schulterblattmuskulatur ohne Hinweise auf das Vorliegen einer ligamentären

Avulsion im Glenoid inferior (E. 2.5).

Vergleicht man diese Bilder mit den ersten aktenkundigen MR-Aufnahmen vom 19. Februar 2010 (fast fünf Monate nach dem Unfall [E. 2.3] nachdem frühere Röntgenaufnahmen ergebnislos geblieben waren unter explizitem Ausschluss ossärer

Läsionen sowie einer Rotatorenmanschettenruptur [E. 2.2]), so ergibt sich, dass der damals im Vordergrund gestandene Verdacht auf eine Verletzung des inferioren glenohumeralen Ligaments ausgeräumt werden konnte beziehungsweise eine Heilung eintrat; auf den aktuellen Bildern ist jedenfalls keine solche Verletzung (mehr) zu sehen .

In diesem Sinne legte auch Dr. P.____ dar, dass die im ersten MRI vom 19. Februar 2010 festgestellten Veränderungen am 6. Mai 2011 nicht mehr nachweisbar gewesen seien. Die später festgestellte leichte Subluxation der Bizepssehne entsprechend einer P u lley Läsion sei grossmehrheitlich degenerativ bedingt (E. 2.8). Angesichts fehlender entsprechender Befunde auf den ersten Bildern erscheint diese Einschätzung als nachvollziehbar.

Damit lassen die Bilder der Schulter nur den Schluss zu, dass die (allenfalls beim Unfall) verletzten Anteile abgeheilt und neuere (ebenfalls diskrete) Befunde erst nach dem Unfall aufgetreten sind. Eine Kausalität der nach dem 31. Juli 2011 - mithin ein Jahr und zehn Monate nach dem Unfall - geklagten Schulterbeschwerden ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich.

E. 3.3

In Bezug auf die Rückenbeschwerden ist eine unfallbedingte Verursachung von vornherein fraglich, wurden doch rechtzeitig keine Beschwerden beklagt. Das s das chronische lumbospondylogene Syndrom der LWS mit kleiner fokaler Diskushernie L3/4 foraminal links, L4/5 foraminal links und L5/S1 recessal / foraminal rechts ohne Kontakt zur Nervenwurzel sowie mit einem kleinen Hämangiom LWK 2 E. 2.4) unfallbedingt sei, machte selbst die Beschwerdeführerin nicht geltend. Dr. P.____

erachtete diesen Befund - wie auch jenen in der HWS - als mit praktischer Sicherheit Ausdruck eines degenerativen Geschehens (E. 2.4), was von keinem Arzt substantiiert in Frage gestellt wurde.

Auch betreffend zwischenzeitlich thematisiertes Karpaltunnelsyndrom ist eine unfallbedingte Verursachung weder behauptet noch erstellt.

In Bezug auf die Hüftproblematik fand sich zuletzt eine asymptomatische Klinik (E. 2.4) und gingen die Ärzte von einem pathologischen Vorzustand aus (E.

2.7.5) , weshalb sich Weiterungen erübrigen. 3. 4

Die gegenteilige Meinung der B.____ - Ärzte vom September 2012 vermag demgegenüber nicht zu überzeugen:

Der orthopädische Spezialist verwies - in objektivierbarer Hinsicht - einzig auf den MRI-Befund einer M. supra- und infraspinatus -Atrophie links. Die klinischen Befunde erscheinen ebenfalls als eher diskret (fast seitengleiche Beweglichkeit der Schultern, links Einschränkungen bei einigen Tests, verhärtete und druckdolente Halsmuskulatur, E.

2.7.3). Rechtsprechungsgemäss sind Verhärtungen, Verspannungen, Druckdolenzen und auch Bewegungseinschränkungen nicht als organisches Substrat zu fassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_721/2008 vom 24. April 2008 E. 4.2). Ansonsten wurden keine objektivierbaren Befunde geschildert. Auch in neurologischer Hinsicht konnte Dr. N.____ kein Defizit beschreiben und verwies auf Bandscheibenprotrusionen (E. 2.7.2), welche allerdings ohne Nervenwurzelkontakt blieben (E. 2.6.7), sowie auf einen Hypertonus der Scalenusmuskulatur links . Auch die Veränderungen der HWS verursachten keine Neurokompression (E. 2.7.2). In psychiatrischer Hinsicht wurde keine Diagnose gestellt (E.

2.7.4).

Bei dieser Sachlage erübrigt sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Ansicht der B.____ - Gutachter, die aktuell geschilderten Beschwerden seien mit grösster Wahrscheinlichkeit auf den Treppensturz zurückzuführen und es liege eine richtunggebende Schädigung der linken Schulter sowie eine unfallbedingte Aktivierung der vorbestehenden krankhaften Befunde der LWS und der linken Hüfte vor. Bei Fehlen entsprechender objektivierbarer Untersuchungsbefunde erschöpfen sich die Beschwerden im Wesentlichen in einer subjektiven Schmerzproblematik, für welche die Beschwerdeführerin nicht einzustehen hat. 3. 5

Die von der Beschwerdeführerin gegen das A.____ - Gutachten erhobenen Einwendungen erweisen sich als wenig begründet:

Dass den Gutachtern verschiedene Berichte nicht vorgelegen haben (Urk. 1 S. 7 ff . Ziff. 2. 3) ist insofern irrelevant, als in Bezug auf jene von Dr . E.____ eine jüngere und wesentlich detailliertere Einschätzung vorlag und die Berichte, über deren Existenz im Übrigen die Beschwerdeführerin Stillschweigen bewahrt hat, aus der Zeit unmittelbar nach dem Unfall datieren und mangels detaillierter objektivierbarer Befunderhebung für die Einschätzung der vorliegend relevanten Thematik einer Kausalität nach 3 1. Juli 2011 ohne Belang sind. Inwiefern

ebenfalls von der Beschwerdeführerin zurückgehaltene - Physiotherapie verordnungen von Belang sein sollten, ist angesichts der Auflage detaillierter Arzt berichte nicht einzusehen. Bei der (angeblich fehlenden) Stellungnahme des Dr. med.

Q.____

vom 1 8. Januar 2011 (Urk. 15/M20) handelt es sich um eine reine Aktenbeurteilung und nicht um einen Untersuchungsbericht, welcher sich im Dossier der Beschwerdeführerin befindet und den A.____ - Ärzten vorgelegen haben muss, aber nicht von derartigem Gewicht war, dass er separat hätte referiert werden müssen.

Sodann wurde seine Annahme einer massgeblichen unfallbedingten Schädigung der Schulter mit dem MRI-Befund vom 9. Mai 2011 (Urk. 15/M26) obsolet.

Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 9. Ziff. 2. 4) ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

Da die A.____ -Expertise von allen Teilgutachtern unterzeichnet wurde , ist nicht ersichtlich, inwiefern ein formeller Mangel darin bestehen soll, dass die einzelnen (im Gutachten zitierten) fachärztlichen Einschätzungen nicht nochmals separat unterzeichnet wurden (Urk. 1 S. 1 1 f. Ziff. 2. 6). Es steht fest, dass die Beurteilung von allen Teilgutachtern geteilt wird.

Die monierte angeblich suggestive Fragestellung anlässlich aller drei Explorationen (Urk. 1 S. 1 2 ff. Ziff. 2. 7) wurde nicht näher dargelegt. Dass dabei die Antworten - weil aus dem Italienischen übersetzt - nach der Auffassung der Beschwerdeführerin in der deutschen Sprache eher blumig wirken, ist vorliegend ohne Belang. Die Einschätzung der Kausalität wurde aufgrund der objektivierbaren Untersuchungsergebnisse vorgenommen und auch die Schmerzklagen werden detailliert und durchaus objektiv zu Kenntnis genommen.

Was die Beschwerdeführerin mit ihrer Kritik am neurologischen Teilgutachten (Urk. 1 S. 15 ff. Ziff. 2. 8) bezweckt, ist nicht nachvollziehbar, nachdem das von ihr aufgelegte

Parteigutachten zum selben Schluss gekommen ist, nämlich dass keine neurologische Pathologie vorliegt.

Die replicando

gestellten Beweisanträge 1-6 (Sachverhalt Ziff. 2) beschlagen die Unabhängigkeit der A.____. Da gemäss gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führt (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C_509/2008 E. 6; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C_67/2007 E. 2; RKUV 1 999 S. 193, U 212/97 E.

2 a/ bb), ist nicht zu ersehen, inwiefern diese Beweisabklärungen von Relevanz für das vorliegende Verfahren sein könnten. Welchen Erkenntnisgewinn sodann ein Augenschein am Unfallort haben sollte, ist - angesichts der einzig relevanten organischen Unfallfolgen - ebenso wenig ersichtlich wie die Frage, was ein unfallanalytisches Gutachten genau zum Gegenstand haben sollte (vgl. Urk. 23 S. 3 Beweisanträge 7-8).

Dass die Vertrauensärztin der Pensionskasse R.____,

S.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, im Bericht vom 2. Mai 2012 (Urk. 24/2) ohne Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage und ohne Darlegung objektiver Befunde von einer seit dem Unfall anhaltenden vollumfänglichen Berufsunfähigkeit ausging (vgl. Urk. 23 S. 21), ist - mangels nachvollziehbarer Begründung - ohne Belang. 3. 6

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). 4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die nach der Leistungseinstellung per 31. Juli 2011 geklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Treppensturz und die dabei erlittenen Verletzungen zurückzuführen sind. Demgemäss erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Die von der Beschwerdeführer in geltend gemachten Gutachtenskosten (Urk. 9 S.

2) fallen unter den Begriff der Parteikosten im Sinne von Art. 61 lit. g ATSG. Da die Beschwerdeführer in diesem Verfahren unterliegt, hat sie - unabhängig davon, ob die medizinischen Angaben in Bezug auf dieses Verfahren sachdienlich und beachtlich waren - keinen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten (vgl. BGE 115 V 62 E. 5c; SVR 2011 IV Nr. 13 S. 35 E. 2 [Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010]). Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen davon (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Art. 61 lit. g Rz 118) liegen nicht vor. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5 .

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

E. 4

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

E. 5

Es sei eine öffentliche Verhandlung im Sinne von Art.

E. 6

EMRK durchzuführen.“

Mit Beschwerdeergänzung vom 2 6. November 2012 (Urk.

E. 9

S. 2) ersuchte die Versicherte sodann um Zusprache einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 15 % sowie um Übernahme der Kosten für das eingehol te Gutachten der B.____ vom 6. September 2012 (Urk. 10/2). Die AXA beantragte am 7. Januar 2013 (Urk. 13) die Abweisung der Beschwerde. Am 6. Dezember 2013 (Urk. 18) zog die Versicherte ihren Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück.

Mit Replik vom 7. April 2014 (Urk. 23) hielt sie an den gestellten Anträgen fest und ergänzte diese wie folgt (S. 2): „1.

Es sei bei der A.____ eine schriftliche Auskunft einzuholen betreffend die Anzahl der von privaten Versicherungsgesell schaften bei der A.____ in Auftrag gegebenen Gutachten. 2.

Es sei bei der Beschwerdegegnerin eine schriftliche Auskunft darüber einzuholen, bei wie vielen Fällen im UVG die A.____ ein Gutachten erstellt hat. 3.

Es sei bei der Beschwerdegegnerin eine schriftliche Auskunft darüber einzuholen, bei wie vielen Fällen gestützt auf ein Gutachten der A.____ eine Leistungsabweisung erfolgt ist. 4.

Es sei Herr Prof. Dr. C.____ als Zeuge einzuver ne h men zur Geschäftstätigkeit der A.____ . 5.

Es sei Herr Rechtsanwalt Lorenzo Manfredini als Zeuge einzu vernehmen zur Geschäftstätigkeit der A.____ . 6.

Es sei bei der Geschäftsleitung der AXA Versicherungen AG eine schriftliche Auskunft einzuholen über die Anzahl Fälle, mit welcher die A.____ jährlich mit Begutachtungen beauftragt wird. 7.

Es sei vom Gericht ein Augenschein am Unfallort durchzuführen. 8.

Es sei durch das Gericht ein unfallanalytisches Gutachten einzuholen. “

Die AXA hielt am 28. August 2014 (Urk. 29) am gestellten Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (S. 1), was der Versicherten am 1. September 2014 (Urk. 31) zur Kenntnis gebracht wurde. 3.

Mit Verfügung vom 18. Juni 2012 wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Rentengebegehren der Versicherten ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom heutigen Tag abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2012.00801). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

/2) erstatten Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der B.____ ihr Gutachten zu Händen der Beschwerdeführerin.

Sie diagnostizierten ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom links bei Status nach Treppensturz mit/bei

Kontusion im Bereich der linken Schulter mit Partialruptur der Supraspinatus-, Infrapinatus-

und Subscapularissehne sowie eine Beckenkontusion links (S. 35).

E. 15

%, was für den Schaden, der an der linken Schulter gesetzt worden sei, adäquat erscheint. 2. 8

Dr. med. P.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, erachtete in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2012 (Urk. 15/M31) die Schlussfolgerungen im A.____-Gutachten als begründet und schlüssig. Er hielt fest, das linke Schultergelenk zeige sehr diskrete strukturelle Veränderungen, die gemäss erstem MRI vom 19. Februar 2010 eher als Ausdruck degenerativer Veränderungen zu interpretieren seien. In einer erneuten MRI-Untersuchung vom 6. Mai 2011 seien diese nicht mehr nachweisbar gewesen. Dagegen sei neu eine leichte Subluxation der Bizepssehne aus dem Sulcus festgestellt worden, was einer Pulleyläsion entspreche. Auch diese Veränderung sei grossmehrheitlich degenerativ bedingt. Demgemäss erscheine die Kausalitätsbeurteilung (in Bezug auf die Schultersituation höchstens möglich) als durchaus nachvollziehbar. Im Rahmen der erwähnten somatoformen Schmerzstörung werde auf eine massive Diskrepanz zwischen subjektiven und objektivierbaren Befunden hingewiesen im Sinne einer Symptomausweitung.

Dr. P.____ führte weiter aus, das B.____-Gutachten erscheine als deutlich weniger differenziert. Es würden alle von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden mit grösster Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Treppensturz gestellt. Es werde nicht zwischen den Befunden an den Händen (CTS), den Befunden an der lumbalen Wirbelsäule und der Schultersymptomatik einerseits und einer anlässlich der

gutachterlichen Untersuchung erstmals beschriebenen Osteochondrose und Spondylose C5/6 mit Einengung der Fora mina andererseits differenziert . Dass die letzteren Befunde an der HWS und LWS sowie die angedeuteten Kompressionsneuropathien des Nervus medianus rechts und vermehrt links mit praktischer Sicherheit Ausdruck eines degenerativen Geschehens seien, werde mit keinem Wort erwähnt.

Der beratende Arzt fügte sodann an, die verdickte Scalenusmuskulatur links möge Ausdruck einer Überlastung dieser Muskelgruppe bei Schonung anderer Muskelgruppen im Schultergürtelbereich sein. Nachdem im ersten MRI vom Februar 2010 diskrete Veränderungen an der Rotatorenmanschette beschrieben worden seien, zeige das MRI vom 6. Mai 2011 im Gegensatz dazu keine diesbezüglichen Veränderungen. Auch im Bereich des inferioren glenohumeralen Bandes zeige sich keine Veränderung. Die Diagnose einer Partialruptur der Rotatorenmanschette lasse sich deshalb nicht aufrechterhalten . 3.

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