

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00273

vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00273

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00273 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00273 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1.1

) respektive wenn sie geeignet ist, das Beweisergebnis zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E.

E. 1.2

Als natürlich

kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, 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 entfiel (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).

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).

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. 1.4

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie ausserdem Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die vorausichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das

Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen Heilbehandlungs- und die Tagelohnleistungen dahin.

E. 1.5

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente (Art. 19 Abs. 1 UVG) oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG).

E. 2

S. 13) und nicht vorher zu gestellt worden. Es sei dadurch das Recht auf ein faires Verfahren, das rechtliche Gehör und der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Die Ausführungen im Einspracheentscheid würden sich durchwegs auf im Zeitpunkt der Verfügung nicht aktuelle Berichte beziehen und seien daher nicht überzeugend. Es hätte vor Erlass der Verfügung eine Neu Beurteilung erfolgen müssen. Es sei daher ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen, zumal auch auf das bloss psychiatrisch-rheumatologische Gutachten von med. pract. F.____, und von Dr. G.____ man gels orthopädischer, neurologischer und neuropsychologischer Expertisen nicht abgestellt werden könne. Zum Invaliditätsgrad, Rentenanspruch und zur Höhe der Integritätsentschädigung könne erst nach den beantragten medizinischen Abklärungen im Detail Stellung genommen werden

(Urk. 1 S. 5 ff., Urk. 18 S. 2 f., Urk. 30).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, die Gesamtbeurteilung des D.____-Gutachtens vom 9. Mai 2011 sei nachvollziehbar, schlüssig und ohne Widersprüche, was von Dr. E.____ bestätigt worden sei. Darauf und auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 28. August 2012 sei abzustellen.

Entsprechend sei davon auszugehen, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der Beweglichkeitseinschränkung und den Schmerzen am rechten Arm einerseits und dem Unfallereignis vom 2. April 2010 andererseits gegeben sei. Für sämtliche anderen Befunde sei aus somatischer Sicht der status quo ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Beins seien durch die rein krankhaft-degenerativ bedingten Veränderungen im Bereich der lumbalen unteren Wirbelsäule erklärbar. Zudem seien erst im November 2010 erstmals lumbale Rückenbeschwerden in den medizinischen Akten erwähnt worden und gegenüber Prof. Dr. H.____, Facharzt für Neurologie, habe die Beschwerdeführerin angegeben, bereits seit 10 Jahren an chronischen Lumbalgie zu leiden. Für die geklagte Schwäche und Kraftlosigkeit in den

Beinen sowie für die geklagte mnestiche Störung habe sich keine Erklärung gefunden. Seit dem Unfall seien nie neurologische Befunde festgestellt worden. Zu dem habe die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall über Sensibilitätsstörungen in der unteren rechten Extremität und Kribbelparästhesien im Bereich der Finger mit Schultergürtelschmerzen

geklagt. Der Befund der zerebralen Bildgebung sei gering, so dass sich hieraus nicht zwingend ein klinisches Störungskorrelat ableiten lasse. Eine minimale bis leichte neuropsychologische, organisch bedingte Störung habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem sei auffallend, dass eine kognitive Problematik erstmals gegenüber dem D.____-Gutachter genannt worden sei und zuvor niemand der diversen involvierten Stellen und Ärzte eine solche aufgezeigt hätten. Zudem hätten schon vor dem Unfall psychische Beschwerden bestanden. Von einer neuropsychologischen Abklärung sei abzu sehen, da die Unfallgenese nach herrschender Lehre und Rechtsprechung damit nicht beurteilt werden könne. Die OSME vom 29. November 2011 sei gemäss Dr. E.____ ein unkomplizierter Eingriff und rechtfertige maximal eine Arbeitsunfähigkeit während vier Wochen. Sodann sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der geltend gemachten psychischen Problematik und dem Unfallereignis vom 2. April 2010 zu verneinen. In einer leidensangepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit mit einem renten ausschliessenden Einkommen auszugehen. Der Anspruch auf eine 10%ige Integritätsentschädigung beziehe sich allein auf den Zustand an der Halswirbelsäule. Betreffend die rechte Schulter sei die Beurteilung des Integritätsschadens

noch zu früh (Urk. 2 S. 3 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, die somatischen Beschwerden, insbesondere auch die neurologischen, seien weiterhin auf den Unfall zurück zu führen und die Beschwerdegegnerin sei dafür leistungspflichtig. Das D.____-Gutachten vom 9. Mai 2011 sei für die Sachverhaltsbeurteilung im Zeitpunkt der erlassenen Verfügung im Frühjahr 2011, mithin ein Jahr nach der Untersuchung, nicht geeignet, zumal vorab kein Verlaufsbericht bei den behandelnden Ärzten eingeholt worden sei und die Situation von Dr. med. I.____, Fachärztin für Innere Medizin, in ihrem Gutachten vom 12. März (richtig: Februar) 2012 (Urk. 13/M82) weit weniger optimistisch beurteilt worden sei. Das D.____-Gutachten sei auch in vielen Punkten unklar und in sich widersprüchlich, was schon die Notwendigkeit zu Ergänzungsfragen zeige.

Insbesondere seien die neurologischen Beschwerden unterschätzt worden. Sie leide auch heute noch unter erheblichen Konzentrationsstörungen und an Parästhesien im Bereich des rechten Beines sowie an der Innenseite der Ober- und Unterschenkel. Wegen der Konzentrationsstörungen müsse sie zweimal pro Woche von der Pro Infirmis in administrativen Belangen unterstützt werden. Anlässlich der nur sehr kurzen neurologischen Untersuchung durch (den

D.____-Gutachter) Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, sei die Sachlage nicht angemessen untersucht worden. Aufgrund der Diskushernie L5/S1 sollte die von Dr. med. J.____, Innere Medizin und Rheumatologie, mehrfach empfohlene Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

durchgeführt werden. Der Hinweis allein auf grund der Aktenbeurteilung von Dr. E.____ , wonach sich „grob ge prüft“ aus neurologischer und psychia trischer Sicht keine neuro psycholo gischen Störün gen ableiten liessen, genüge nicht . Es bedürfe einer genauen neuro logi schen und neuro psycho logischen Testung. Auch Dr. E.____

habe in Ziffer 8 seiner Stellung nahme festgehalten, dass d ie medi zinische Situation noch nicht ab schliessend beurteilt sei . Nach dem am 29. No vember 2011 eine operative Plattenentfernung st att gefun den habe, sei die Tag geldeinstellung bereits per 31. Dezember 2011 ein deutlich verfrüht. Auf eine prog nostische Beurteilung eines Heilungsverlaufs dürfe nicht abgestellt werden. Die einge schränkte Beweglich keit erschwere oder verunmöglich teil wise sogar die ei gene Körperpflege, was zeige, dass selbst in einer angepassten beruflichen Tätig keit nicht mehr von einer 100%igen Arbeitsfähig keit auszu gehen sei. Auf das D.____ -Gutachten sei auch deshalb nicht abzu stellen, weil es un ter der Leitung von Dr. med. K.____ erfolgt sei. Denn es be stün den angesichts des gegen ihn gelaufenen strafrechtlichen Verfahrens erheb liche Zweifel, dass er in der Lage sei, gut ach terlich tätig zu sein, auch wenn er zwischenzeitlich freige sprochen worden sei. Dieser habe in der hier massgeb lichen Zeit bis Ende 2011 unter anderem selbst unter massiven psychi schen Be schwerden gelitten. Auch sei die Berufserfahrung der mitwirkenden med. pract . L.____ , Fachärztin für Chirur gie, fraglich, da sie erst seit Herbst 2010 über einen Facharzttitel verfüge. Ausserdem fehle die Unter schrift von Prof. Dr. H.____ auf dem Gutachten. Der Ein spracheentscheid habe sich mit diesen Rügen nicht auseinandergesetzt und sei daher ungenügend begründet. Die Beschwerdegegnerin habe auch keine neuen gutachterlichen Ab klärungen getätigt, sondern sich auf die Akte nbeurteilung von Dr. E.____ be schränkt. Diese sei ihr erst mit dem Einspracheverfahren

(gemeint woh l: Ein spracheentscheid ; Urk.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss per Ende 2011 vornahm (E. 4.), einen Rentenanspruch verneinte (E. 5.) und eine Entschädigung für eine Integritätseinbusse in der Höhe von 10 % zusprach (E. 6). Vorab sind die formellen Rügen der Beschwerdeführerin zu beurteilen (E. 3).

E. 3.1

), was hier zumindest in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Schulter der Fall war . Zwar be stä tigte Dr. E.____ weitgehend die Einschätzung des bereits vorliegenden Be weis ergebnisses gemäss dem D.____ -Gutachten vom 9.

Mai 2011 (Urk. 13/M62) . Zusätz lich nahm er zur Auswirkung der OSME vom 29. November 2011 (Urk. 13/M78) auf die Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit zu weiteren Therapiemass nahmen Stellung (Urk. 13/M89 S. 2 f.), worauf die Beschwerde gegne rin abstellte (Urk. 2 S.

E. 3.2

Im Zusammenhang mit Expertengutachten beinhaltet das rechtliche Gehör ins besondere das Recht, Kenntnis vom Inhalt des Gutachtens zu nehmen und dem Experten ergänzende Fragen zu stellen. Im Bereich der Sozialversicherung leitet sich dieses Recht aus Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Zivilprozess (BZP) in Verbindung mit den Art. 19 des Bundesgesetz es über das Verwaltungs ver fahren (VwVG) und Art. 55 ATSG sowie

direkt aus Art. 29 Abs. 2 BV ab (Urteil des Bundesgerichts 8C_834/2013 vom 18. Juli 2014 E. 5.1). Diese Bestimmungen sind auf die Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte nicht anwendbar (BGE 123 V 331 , 136 V 117 E. 3.3.2.3). Spätestens im Einsprache verfahren (Art. 42

Satz 2 ATSG) hat der Versicherungsträger jedoch die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen

Gehörs zu wahren (BGE 121 V 150 E . 5b mit Hinweis). Dazu gehört, dass den Verfahrensbeteiligten wesentliche neue Beweismittel vorgängig des Entscheids zur Kenntnis gebracht werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, sich hier zu äussern.

Die Beschwerdeführerin rügt zu Recht, dass die Beschwerdegegnerin ihr den Bericht von Dr. E.____

vom 28. August 2012 (Urk. 13/M89) spätestens im Einsprache verfahren vorgängig und nicht erst mit dem Einspracheentscheid

(Urk. 2 S. 13) hätte zustellen sollen und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme hätte geben müssen. Denn zu versicherungsinternen Arztberichten ist zumindest dann

vorgängig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben , wenn die Beurteilung neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (vgl. RKUV 1998 Nr. U 309 S. 461 E . 4c ; Urteil des Bundesgerichts U 116/02

vom 10. März 2003 E.

E. 3.4

Im Übrigen ist auch eine Verletzung des Grundsatzes des fairen Verfahrens (Art. 29 Abs. 1 BV, Art. 6 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten, EMRK) und des Untersuchungsgrundsatzes nicht auszumachen, wie sich auch aus dem Nachfolgenden ergibt. 4. 4.1

4.1.1

In materieller Hinsicht ist unstrittig ausgemessen, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 2 . April 2010 ein Polytrauma mit einer Halswirbel - körperfraktur (HWK) mit Fraktur des Corpus C5, des Processus

articularis C5 rechts, des Arcus vertebrae C5 links, Zerreissung des ventralen Längsbandes und der Bandscheibe C5/6 und Subluxationsstellung C5/6, eine dislozierte Schlüsselbeinfraktur rechts, eine nicht dislozierte Schulterblattfraktur rechts, eine Schädelkontusion

mit leichter traumatischer Hirnverletzung mit frontoparietaler Schnittverletzung und einer beidseitigen Lungkontusion erlitt (Urk. 13/A1-2, Urk. 13/M4.3,

Urk. 13/M62 S. 47, Urk. 27/21/36-41, Urk. 27/21/62, Urk. 27/25/23).

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für diese somatischen Unfallfolgen und deren Folgebeschwerden bis Ende 2011. Die Heilbehandlungskosten übernahm sie „entgegenkommenderweise“ bis Ende April 2012 (Urk. 13/A90 S. 4, Urk. 2). 4.1.2

Die Beschwerdeführerin hat gemäss dem D.____ -Gutachten vom 9. Mai 2011 gegenüber den Gutachtern anlässlich der Untersuchungen Anfang März 2011 (Urk. 13/M62 S. 1)

angegeben, sie habe schon vor dem Unfall immer wieder Schmerzen im Rücken- und Nackenbereich gehabt. Aktuell störe sie die verminderte Beweglichkeit in der rechten Schulter, insbesondere nach vorn und nach hinten. Sie könne nichts mehr tragen, da ihr dies Schmerzen verursachen würde. Sie habe immer Kopfschmerzen am ganzen Kopf. Sie leide auch unter lumbalen Rückenschmerzen mit einem komischen Gefühl in beiden Beinen, insbesondere am rechten Oberschenkel aussen und am Knie. Das linke Bein fühle sich normal an, ausser am Fuss. Sie könne im Schnee barfuss laufen, ohne die Kälte zu spüren. Teilweise habe sie auch keine Kraft in den Beinen, was sie beim Treppengehen behindere. Die Rückenschmerzen würden nur bei stärkerer Belastung, nicht täglich auftreten (Urk. 13/M62 S. 25 f.). Prof. Dr. H. ___ hielt im neurologischen D. ___ - Teilgutachten vom 8. März 2011 ausserdem fest, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass seit über zehn Jahren chronische Lumbalgien ohne radikuläre

Schmerz ausbreitung bestünden. Seit dem Unfall habe sich die Schmerzsymptomatik deutlich verschlechtert. Auch bestehe seit dem Unfall eine Vergesslichkeit. Sie bemerke, dass sie vermehrt alltägliche Besorgungen und Aufgaben vergesse. Betreffend das Unfallereignis selbst habe sie eine Gedächtnislücke von 3 Tagen (Urk. 13/M87.3 S. 1). Gemäss den Ausführungen im psychiatrischen D. ___ - Teilgutachten von Dr. med. M. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. März 2011 habe die Beschwerdeführerin über psychische Probleme seit der Scheidung von ihrem Ehemann im Jahr 2001 berichtet. Trotz ihrer Depression habe sie zu 40 %, manchmal bis zu 80 % gearbeitet. Seit dem Unfall vom 2. April 2010 gehe es ihr psychisch und körperlich deutlich schlechter; sie sei auch viel aggravierender geworden und stehe unter Anspannung. Sie sei immer nur müde und schlafe sehr viel (Urk. 13/M87.2 S. 2 f.).

Gegenüber den Gutachtern med. pract. F. ___ und Dr. G. ___ gab die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten vom 12. August 2013 (Untersuchungen vom 8. und 10. Juli 2013) in somatischer Hinsicht an, sie habe ständige Nackenschmerzen beidseits mit gleichzeitigen Kopfschmerzen. Sie könne ihren Kopf nicht auf die rechte Seite drücken. Der Schmerz fühle sich wie ein Druck/Schlag im Nacken mit Ausstrahlung vor allem in die rechte Schulter an. Ausserdem habe sie Rückenschmerzen in der Region der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in das rechte Bein (Urk. 27/119/9-10). Wegen der Rückenbeschwerden sei sie vor dem Unfall nur selten krankgeschrieben worden, längstens für einen Monat. Es bestehe eine Kraftlosigkeit im rechten Arm, den sie nicht über die Horizontale hinaus heben könne. Sie sei Rechtshänderin und mache nun viel mehr mit der linken Hand, was zu Schmerzen im linken Schultergürtel führe. Sie könne sich auch schlecht nach vorne bücken und sich kaum die Socken anziehen. Beim Bücken würden auch lumbale Schmerzen auftreten (Urk. 27/120/10-11). 4.2

Betreffend die psychischen Beschwerden mit depressiver Symptomatik sind sich die Parteien zu Recht darin einig, dass diese nicht durch das Unfallereignis vom 2. April 2010 bedingt sind und deshalb bei der Leistungsprüfung auszuklammern sind (Urk. 1 S. 15, Urk. 2 S. 8), zumal die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 2. April 2010 unter depressiven Störungen bei belastender psychosozialer Situation litt und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (vgl. Berichte des N. ___ vom 2. März 2010, Urk. 27/21/10, und vom 30. Juni 2010, Urk. 13/M16; Berichte von Dr. J. ___ vom 29. März 2010, Urk. 27/21/15-16, und vom 8. Januar 2011, Urk. 13/M45). 4.3 4.3.1

In Bezug auf die somatischen Unfallverletzungen ist ausgewiesen und im Einzelnen nicht strittig, dass die Lungenkontusion und die frontoparietale

Schnittverletzung folgenlos abheilen respektive diesbezüglich die Behandlung ohne Restbeschwerden abgeschlossen ist. Die Wunde am Schädel, welche gemäss dem Bericht des A.____ vom 15. April 2010 noch am Tag des Unfalls versorgt worden war, war bereits bei Austritt am 15. April 2010 abgeheilt und es waren die Nähte entfernt worden. Auch seitens der Lungen - kontusion sei sie beschwerdefrei entlassen worden (Urk. 27/25/27). Es erfolgte diesbezüglich keine weitere Behandlung. Schliesslich wurde auch von einer Laserbehandlung zur Behandlung der Narbe auf der Kopfhaut (vgl. Berichte von Dr. med. O.____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, vom 24. November 2010 [Urk. 13/M36] und von Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemein Medizin, vom 16. Dezember 2010 [Urk. 13/M40]) mangels Beschwerden abgesehen (Bericht von Dr. O.____ vom 29. Dezember 2010; Urk. 13/M43). 4.3.2

Auch die mittels Spondylodese C5/C6 sanierte HWK-Fraktur erfuhr einen problemlosen Heilungsverlauf, was bereits im Bericht des A.____ vom 15. April 2010 festgehalten worden war (Urk. 27/25/27). Laut dem Bericht des B.____ vom 19. Juli 2010 habe die Nachkontrolle in der Klinik für Neurochirurgie unauffällige Befunde gezeigt und es seien keine weiteren Kontrollen bezüglich der Spondylodese mehr vorgesehen worden (Urk. 13/M19). Zuzufolge des

D.____-Teilgutachten s von med. pract. Q.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. März 2011 ergab die radiologische Abklärung vom 1. März 2011, dass das Osteosynthesematerial reizlos sitzt. Der Knochenspan in C5/C6 sei noch nicht vollständig durchgebaut, jedoch bestehe kein Zeichen für eine Reizung oder eine Osteolyse (Urk. 13/M62 S. 32). Nach Einschätzung des orthopädischen Chirurgen med. pract. Q.____

waren die Folgen der C5-Fraktur und der anschliessenden Spondylodese C5/C6 zur Zeit seiner Untersuchung vom 7. März 2011 vollständig ausgeheilt. Er habe keine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und eine unauffällige Durchblutung, Sensibilität und Motorik im Bereich der Arme sowie keine Atrophien feststellen können. Der neurologische Status sei hier schon bei der Aufnahme in der A.____ ohne Ausfälle gewesen. Nach dem Abheilen der erlittenen Wunden und der Operationswunden sei wieder vom vorherigen Zustand auszugehen (Urk. 13/M62 S. 33 f.). Dr. G.____ kam gemäss seinem rheumatologischen Gutachten vom 12. August 2012 aufgrund der klinischen Untersuchung vom 5. Juli und der radiologischen Untersuchung vom 8. Juli 2013 ebenfalls zum Schluss, die HWS sei in der Beweglichkeit praktisch nicht eingeschränkt. Im Vordergrund stünden hier endphasige muskuläre Dehnschmerzen und Tendomyosen der paravertebralen Muskulatur sowie auch beidseitig ausge dehnte Tendomyosen im Schultergürtel vorwiegend rechts. In der HWS sei die Spondylodese C5/C6 vollständig durchgebaut und weitere degenerative Veränderungen seien nicht abgrenzbar. Das Osteosynthesematerial zeige radiologisch einen unauffälligen Sitz und die übrigen cervicalen Bewegungssegmente würden keine epifusionellen degenerativen Veränderungen zeigen (Urk. 27/120/16-17).

Es ist vor dem Hintergrund dieser übereinstimmenden

fachärztlichen Einschätzung mit der Beschwerdegegnerin von einer konsolidierten, erfolgreich sanierten HWS auszugehen. 4.3.3

Zutreffend schloss die Beschwerdegegnerin sodann die Leistungspflicht für die lumbalen Rückenbeschwerden mit den Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten aus,

welche überwiegend wahrscheinlich nicht unfall- sondern krankheitsbedingter Genese sind , wie sich aus dem Folgenden ergibt . Und zwar war die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 2. April 2010 wegen solcher Beschwerden in Behandlung gewesen . Gemäss dem Bericht vom 6. Januar 2011 des Hausarztes Dr. P.____ , bei dem die Beschwerdeführerin seit Januar 2002 in Behandlung gestanden habe, waren vor dem Unfall unter anderem die Diagnosen eines panvertebralen Syndroms, eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms mit Dysästhesien an der unteren rechten Extremität (nicht dermatombezogen), einer Fibromyalgie seit mindestens 2005 und einer Os cocygis Fraktur im Juni 2009 gestellt worden (Urk. 13/M47). Laut dem Bericht des Rheumatologen Dr. J.____ vom 8. Januar 2011 trat das anamnestisch bereits früher bekannte Fibromyalgiesyndrom mit Schmerzschub am 29. Mai 2009 auf . Es hätten generalisierte Schmerzen im Bereich von Rücken und Nacken bestanden. Ab dem 5. August 2009 sei sie nahezu beschwerdefrei gewesen. Bei der nächsten Konsultation am 16. Februar 2010 nach einer Schädelkontusion und bei psychosozialer Belastungssituation hätten bezüglich des Fibromyalgiesyndroms nur wenige Beschwerden vorgelegen. Die Depression habe eindeutig im Vordergrund gestanden (Urk. 13/M45).

Nach dem Unfall vom 2. April 2010

klagte die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht der Neurologie des B.____

vom 5. Juli 2010

im Bereich des rechten Beines wieder um über Dysästhesien im Bereich des rechten Beines und über der linken Fusssohle sowie entlang der dorsalen Seite des linken Beines bei intakter Algesie. Gegenüber der (neurologischen) Voruntersuchung vom April 2010 habe man auch in der aktuellen klinischen neurologischen Untersuchung keine objektivierbaren Zeichen einer Myelopathie beziehungsweise radikulärer

cervicaler oder lumbaler Läsion als Korrelat für die Gefühlsstörungen am rechten Bein nachweisen können. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin auch neue Sensibilitätsstörungen vor allem über der dorsalen Seite beider Beine und beider Füsse, die ebenfalls ätiologisch nicht eingeordnet werden könnten (Urk. 13/M21). Die zur Klärung dieser Gefühlsstörungen durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS vom 5. August 2010 ergab eine Chondros

invertebralis L5/S1 mit einer medianen Diskushernie, welche beide Nervenwurzeln S1 tangiere , und mässig gradige

Spondylarthrosen ohne Olisthesis . Hinweise auf eine posttraumatische ossäre Läsion hätten sich nicht gefunden (Urk. 13/M49).

Bei dieser Aktenlage ist nachvollziehbar, wenn Prof. Dr. H.____ gemäss dem neurologischen D.____ -Teilgutachten vom 8. März 2011 unter Berücksichtigung der Akten und nach nochmaliger neurologischer Untersuchung darauf schloss, dass eine unfallkausale Genese der Lumbalgie und vor allem eine behindernde unfallkausale lumbale Störung angesichts der Anamnese und des erhobenen Befundes nicht wahrscheinlich sei (Urk. 13/M87.3).

Der

D.____ -Gutachter med. pract . Q.____ , befand aus Sicht der Orthopädischen Chirurgie zudem , es bestünden zweifellos spondylarthrotische Veränderungen im Bereich der Brust-

und insbesondere auch der Lendenwirbelsäule, die zu rezidivierenden Lumbo ischialgien führen könnten. Die Überempfindlichkeit am rechten Bein lasse sich dadurch auch miterklären. Die beklagte Schwäche und Kraftlosigkeit in beiden Beinen seien auch anhand der tomographischen Untersuchungen nicht erklärbar. Er habe denn auch keine Hinweise auf eine Abschwächung der Kraft in der Beinmuskulatur gefunden (Urk. 13/M62 S. 34).

Damit wurden die BWS- und LWS- Rückenbeschwerden und die Empfindungsstörungen in den unteren Extremitäten ausreichend fachärztlich, insbesondere auch neurologisch abgeklärt. Dr. E.____ führte hierzu in seiner Stellungnahme vom 28. August 2012 nachvollziehbar aus, es bestünden erhebliche degenerative Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule. Die (Mitte 2010 diagnostizierte) Diskushernie L5/S1 stehe damit klar im Zusammenhang. Eine dramatische Diskushernien symptomatik habe im Anschluss an den Unfall nicht bestanden, was zwingend wäre für die Annahme einer traumatisch verursachten Diskushernie. Die Sensibilitätsstörungen im rechten Bein seien erklärbar durch rein krankhaft-degenerativ bedingte Veränderungen im Bereich der lumbalen Wirbelsäule (Urk. 13/M89 S. 2 f.).

Die Schlussfolgerungen von Dr. E.____

überzeugen, zumal keine Verletzungen der BWS und LWS durch das Unfallereignis vom 2. April 2010 erfolgt waren und bereits vor dem Unfall Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten bestanden hatten.

Die lumbalen und thorakalen Rückenbeschwerden mit Missempfindungen und Ausstrahlung in die Beine und Füße sind daher als nicht unfallbedingt

Beschwerden von der unfallver sicherungsr echtlichen Leistungspflicht auszu nehmen. 4. 3 .4

Zu den mnestischen Beschwerden respektive der geklagten Vergesslichkeit hielt Prof. Dr. H.____ im D.____ -Teilgutachten vom 8. März 2011 fest, es habe sich im klinischen Befund kein ausreichendes Korrelat hierfür ergeben. Zudem habe seine neurologische Untersuchung keinen ausreichenden Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben. Angesichts des anamnestisch stattgehabten gravierenden Schädel-Hirntraumas könne hier aufgrund des regelrechten klinischen Befundes allenfalls eine leichtgradige

hirnorganische Leistungsminderung erwogen und mittels testpsychologischer Zusatzverfahren untersucht sowie beurteilt werden. Die vorliegende zerebrale Bildgebung vom 13. Dezember 2010 zeige bilaterale kleine parietale Blutungsresiduen, die ursächlich auf ein stattgehabtes Schädel-Hirntrauma zurückgeführt werden könnten. Die Ausdehnung des Befundes sei jedoch gering, so dass sich hier nicht zwingend ein klinisches Störungskorrelat ableiten lasse (Urk. 13/M87.3 S. 3 ff.). Auch die neuroophthalmologische Abklärung durch Dr. med. R.____, Fachärztin für Augenkrankheiten und Augenchirurgie, hatte gemäss deren Bericht vom 23. Dezember 2010 regelrechte Befunde ohne Defizite ergeben. Es bestünden keine Hinweise auf eine neurologische Läsion im Bereich des Auges, des Optikus, der Sehbahn oder occipital, ebenso kein Hinweis für eine Störung der Hirnnerven II bis VII. Es bestehe auch keine supra nukleäre Motilitätsstörung (Urk. 13/M53).

Dr. E.____

befand gemäss seiner Stellungnahme vom 28. August 2012, bildgebend liessen sich minimale, eng begrenzte Hämosiderinablagerungen

hoch parietal nachweisen, was mit einer leichten Contusio cerebri vereinbar sei. Grob geprüft liessen sich aus neurologischer und psychiatrischer Sicht keine eindeutigen dadurch bedingten neuropsychologischen Störungen ableiten. Unter Berücksichtigung der Tätigkeit und der Ausbildung der Versicherten sei davon auszugehen, dass eine minimale bis leichte neuropsychologische, organisch bedingte Störung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Die Beschwerdeführerin leide seit 10 Jahren rezidivierend unter erheblichen depressiven Episoden, welche geeignet seien, aus eigener Dynamik heraus neuropsychologische Störungen zu verursachen (Urk. 13/M89 S. 2).

Aufgrund dieser im Wesentlichen übereinstimmenden Beurteilungen ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, dass von weiteren Abklärungen, namentlich einer zusätzlichen neurologischen und einer neuropsychologischen Testung keine entscheidungrelevanten neuen Erkenntnisse

zu den mnestischen und neuropsychologischen Funktionen zu erwarten wären

(antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 E. 3, 124 V 90 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 3 mit Hinweis), zumal neuropsychologische Tests gemäss

konstanter Rechtsprechung (BGE 119 V 335 E. 3c) keinen Nachweis für die Kausalität zwischen geltend gemachten kognitiven Leistungsschwächen und dem Unfallereignis zu erbringen vermögen (Urteile des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 5 und 8C_51/2012 vom 29. Januar 2013 E. 3.3.1.2). Zu Recht weist die Beschwerdegegnerin auch darauf hin, dass vor der D.____-Begutachtung eine kognitive Problematik in den medizinischen Akten nicht aufgeführt wurde. Es ist aufgrund der nachvollziehbar begründeten

Berichte von Prof. Dr. H.____, Dr. R.____ und Dr. E.____

davon auszugehen, dass

sich aus dem vorliegend geringen Befund der zerebralen Bildgebung mangels neurologischer und neuroophthalmologischer Befunde überwiegend wahrscheinlich kein klinisch relevantes Störungskorrelat ableiten lässt. Dies gilt umso mehr, als alle einschlägigen begutachtenden Ärzte (Dr. M.____, Urk. 13/M 87.2 S. 5; Prof. Dr. H.____, Urk. 13/87.3 S. 3 f.; med. pract. L.____, Urk. 13/M62 S. 26; med. pract. F.____, Urk. 27/119/10-11) jeweils keine Hinweise auf kognitive oder mnestische Defizite anlässlich der Untersuchungen feststellen konnten und die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten von Prof. Dr. H.____

auch keine gravierenden Fehlleistungen mit Schadensfolgen benennen konnte (Urk. 13/M 87.3 S. 1).

4.4.4.1 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass

sich die Beschwerdegegnerin per Ende 2011 allein noch für die Restbeschwerden an der rechten oberen Extremität leistungspflichtig erklärte. Diesbezüglich ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen: Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie stellten aufgrund der Verlaufskontrolle vom 3. Januar 2011 ein Dreivierteljahr nach der Plattenosteosynthese des rechten Schlüsselbeins vom 20. April 2010 fest, die Beweglichkeit des

Schulter ge lenks habe mit dem Rehabilitationsaufenthalt im November 2010 unter intensiver Physiotherapie deutlich verbessert werden können. Der Scheitelgriff sei wieder frei möglich und Analgesie sei nicht mehr erforderlich. Es bestehe weiterhin eine eingeschränkte Beweglichkeit, welche vermutlich auch nicht mehr das normale Bewegungsausmass erreichen werde. Im August 2011 werde eine OSME geplant, mit der jedoch eher auch keine deutliche Verbesserung des Bewegungsumfanges erreicht werden könne (Bericht vom 4. Januar 2011, Urk. 13/M50). Gemäss dem D.____-Gutachten vom 9. Mai 2011 waren die Durchblutung, Sensibilität und Motorik im Bereich der beiden Arme aus orthopädisch-chirurgischer Sicht (Untersuchung durch med. pract. Q.____ vom 7. März 2011) unauffällig und es seien keine Atrophien feststellbar. In der rechten Schulter bestünden noch Folgen der Claviculafraktur, insbesondere betreffend die Beweglichkeit der rechten Schulter (Urk. 13/M62 S. 34 und S. 51). Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft und Wäschereimitarbeiterin zu 50% arbeitsfähig, allerdings sollten Arbeiten über der Schulterhorizontalen gemieden werden. Für angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten über den Schulterhorizontalen, ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm und ohne monotone Tätigkeiten in Zwangshaltungen bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus internistischer und neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/M62 S. 51 ff.). Zur Verbesserung der Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter sei weitere physiotherapeutische Behandlung notwendig. Ob hier die Metallentfernung die Situation verbessern könne, sei eher fraglich (Urk. 13/M62 S. 34). Durch ein Fortführen der Physiotherapie könne die Beweglichkeit und Belastbarkeit der rechten Schulter weiter gesteigert werden. Die Behandlung sollte zwei Mal wöchentlich während mindestens drei Monaten stattfinden. Zusätzlich sollte die Beschwerdeführerin ein Heimprogramm konsequent durchführen. Da sie seit Anfang Jahr eine Verbesserung der Beweglichkeit bemerkt habe, sei davon auszugehen, dass mit intensiver Therapie eine zusätzliche Verbesserung der Beweglichkeit erreicht werden könne, auch wenn diese im Vergleich zum Vorzustand leicht eingeschränkt bleiben werde. Auf die Arbeitsfähigkeit werde dies jedoch nur eine geringe Auswirkung haben (Urk. 13/M62 S. 58). Der behandelnde Rheumatologe Dr. J.____

hatte im Bericht vom 19. April 2011 festgehalten, es bestünden aktuell noch eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, ausgeprägte myofasziale Schmerzen, ein Fibromyalgiesyndrom und lumbospondylogene Schmerzen. Sensomotorische Defizite lägen keine vor. Aus rheumatologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Linienmitarbeiterin aufgrund der körperlichen Belastung nicht mehr realistisch. Eine körperlich leichte Arbeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung und mit Gewichtsbelastungen von maximal fünf bis zehn Kilogramm sollte wieder zu 100% durchführbar sein. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aber vor allem wegen der psychischen Beschwerden (zusätzlich) vorhanden (Urk. 13/M59). Im Bericht vom 12. Dezember 2011 führte Dr. J.____ zudem aus,

aufgrund der myofaszialen Schmerzen, Spannungszuständen und der eingeschränkten HWS-Beweglichkeit bestehe noch ein Therapiepotential. Die Beschwerdeführerin profitiere zum Teil von den Physiotherapien, zudem seien auch symptomatische Therapien/Schmerztherapien notwendig, auch wenn der Gesundheitszustand dadurch nicht vollständig stabilisiert werden könne. Aus rein rheumatologischer Sicht seien

Restbeschwerden zu erwarten (Urk. 13/M75). Dr. E.____

fürhte in seiner Stellungnahme vom 28. August 2012 aus, die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im D.____-Gutachten vom 9. Mai 2011 sei nachvollziehbar. Die nach der OSME an der rechten Clavicula vom 29. November 2011 (Urk. 13/M78) angegebenen Beschwerden würden zudem in etwa den im D.____-Gutachten aufgeführten subjektiven Klagen und objektivierbaren Befunden entsprechen. Bei der OSME handle es sich um einen kleinen, unkomplizierten Eingriff, der aufgrund der allgemeinen Erfahrung eine Arbeitsunfähigkeit von maximal vier Wochen rechtfertige. Es sei damit zu rechnen, dass nach der OSME unter Einsatz nachfolgender Physiotherapie sich die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes mit einiger Wahrscheinlichkeit merklich verbessern lasse. Eine intensive physiotherapeutische Behandlung des rechten Schultergelenkes während maximal einem halben Jahr nach der OSME sei sehr wichtig, um die Schulterbeweglichkeit und damit die Belastbarkeit der rechten Schulter zu verbessern (Urk. 13/M89 S.

1 f.). Dr.

G.____

stellte gemäss dem Gutachten vom 12. August 2013

im Wesentlichen die Diagnosen eines chronischen Cervikalsyndroms, klinisch vorwiegend tendomyotisch, mit/bei Status nach Spondylodese C5/6 im April 2010, persistierende schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks mit/bei Status nach Osteosynthese einer distalen mittleren Clavicula-Fraktur, radiologisch keine relevante strukturelle Pathologie (Urk. 27/120/15). Es sei im rechten Schultergelenk eine aktive und passive schmerzhaft eingeschränkte Ellevation beziehungsweise Flexion bis 130° möglich gewesen (links bis 170°). Die Rotation in Neutralstellung sei seitengleich zu links und schmerzfrei gewesen, weshalb eine intraartikuläre Pathologie zum Beispiel infolge einer Omarthrose unwahrscheinlich sei (Urk. 27/120/13, Urk. 27/120/16). Die radiologische Abklärung habe (bei vollständig konsolidierter Clavicula-Fraktur ohne Fehlstellung) keine relevante strukturelle Pathologie am rechten Schultergelenk ergeben (Urk. 27/120/14-15). Im Vordergrund stünden diffuse periartikuläre vorwiegend tendomyotische

Druckdolenz vom rechten Schultergürtel bis zum Epicondylus

radialis. Insgesamt bestehe trotz guter Kooperation und fehlenden Hinweisen auf ein schmerz demonstrierendes Verhalten eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiv intensiv und stark einschränkend empfundenen chronischen Schmerzen und den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden. Die ausgedehnten vorwiegend rechtsseitigen Tendomyosen im Schulter- und Beckengürtel könnten nur teilweise mit der Fehlhaltung und Dekonditionierung erklärt werden. Auch die Bewegungseinschränkung im rechten Schultergürtel liesse sich mit einer strukturellen Pathologie nicht befriedigend erklären. Die Clavicula-Fraktur sei nach Osteosynthese und späterer OSME vollständig und ohne Fehlstellung achsengerecht durchgebaut. Am Schultergelenk fänden sich ebenfalls keine relevanten artikulären oder periartikulären Pathologien, welche die chronischen Schulterschmerzen und vor allem die Beweglichkeit erklären könnten. Insbesondere bestünden auch keine radiologischen Hinweise auf eine sekundäre AC-Gelenksarthrose oder für traumatisch bedingte Veränderungen am Schultergelenk. Auch hier müssten wiederum nicht-organische Faktoren wesentlich mitbeteiligt sein. Aufgrund der objek-

tiven Befunde sei die Kausalität zwischen den jetzt noch bestehenden Beschwerden im Bereich der HWS und der rechten Schulter einerseits sowie dem Unfallereignis vom 2. April 2010 andererseits höchstens noch möglicherweise gegeben. Der Chirurg Dr. E.____ habe in seinem Bericht noch eine teilweise Unfallkausalität bezüglich der Schulterschmerzen bei noch liegendem Osteosynthesematerial der Clavicula als gegeben betrachtet. Aufgrund des jetzigen radiologischen Befundes könne jedoch davon ausgegangen werden, dass spätestens sechs Monate nach der OSME die Unfallfolgen auch bezüglich der Clavicula/Schulter vollständig geheilt seien, so dass eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gegeben sei. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der häufig stehenden und vornüber gebeugten, ungünstigen Arbeitsstellung und der repetitiven Belastungen des rechten Armes mit wiederholten Arbeiten über Kopf. In einer leidens angepassten Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm, ohne einhändiges Tragen und Heben rechts von repetitiven Lasten über fünf Kilogramm respektive Einzellasten über 10 Kilogramm sei aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Mit somatisch-orientierten Behandlungen des Bewegungsapparates könne keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik beziehungsweise der Schultergelenksbeweglichkeit mehr erreicht werden (Urk. 27/120/17 -18). 4.4.2

Zufolge dieser fachärztlich im Wesentlichen einheitlichen Einschätzung der begutachtenden und behandelnden Ärzte, namentlich auch jener des behandelnden Arztes Dr. J.____, ist davon auszugehen, dass

eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes per Ende 2011 persistierte und dass zufolge der unfallbedingten Restbeschwerden an der oberen Extremität rechts bereits im Frühjahr 2011 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit gegeben war. Wenn die Beschwerdegegnerin nach dem D.____-Gutachten kein weiteres Gutachten, sondern nebst den Berichten von Dr. J.____ vom 12. Dezember 2011 (Urk. 13/M75) und Dr. P.____ vom 22. Dezember 2011 (Urk. 13/M76) die Aktenbeurteilung von Dr. E.____ vom 28. August 2012 (Urk. 13/M89) einholte, schadet dies nicht. Zwar war von einer weiteren Physiotherapie während weiterer Monate eine Verbesserung der Beweglichkeit und Belastbarkeit der rechten Schulter zu erwarten. Dass durch eine ärztliche Behandlung eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erfolgen würde, war indes nicht wahrscheinlich, was sich bereits mit dem B.____-Bericht vom 4. Januar 20

E. 7

und S. 12) und wozu sich die bisherigen Ärzte nicht geäußert hatten. Insofern war die Stellungnahme von Dr. E.____

für den Ausgang des Einspracheverfahrens direkt ausschlaggebend.

Dies ist indes nicht als eine besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs anzusehen, welche einer Heilung nicht zugänglich wäre. Nach dem sich die Beschwerdeführerin

vor dem hiesigen Gericht, welchem volle Kognition zukommt, zur Stellungnahme von Dr. E.____

äußern konnte, ist die Verletzung daher als geheilt zu betrachten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts U 252/05 und U 255/05 vom 28. März 2006 E. 2.1 und E. 2.5). 3.3

Das Recht auf eine Begründung eines Entscheides ist ebenfalls ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben den speziellen gesetzlichen Regelungen in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 BV garantiert wird (vgl. BGE 124 V 180 E. 1a).

Indessen ist es nicht erforderlich, dass die Behörde sich mit allen Parteistandpunkten auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die Parteien über die Tragweite des Entscheides Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache weiterziehen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 E. 4.1 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_198/2011

vom 9. August 2011 E. 3). Diese Anforderungen sind mit dem angefochtene n Einspracheentscheid hinlänglich erfüllt, zumal die Beschwerdegegnerin sich zu allen relevanten Fragen eingehend geäußert und selbst die vorgebrachten Rügen zu den D.____-Gutachten begründet zurückgewiesen hat (vgl. Urk. 2 S. 4).

E. 11

abzeichnete (Urk. 13/M50) und von den D.____-Gutachten bestätigt wurde (Urk. 13/M62 S. 58).

Die OSME Ende November 2011 verlief zudem ohne Komplikationen und änderte an der grundsätzlichen Arbeitsfähigkeit letztlich nichts, wie sich schliesslich aus dem differenziert und überzeugend begründeten Gutachten von Dr. G.____ ergibt (Urk. 27/120/14-18) . Es ist daher an der vorab erfolgten Einschätzung von Dr. E.____ einer nur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von maximal vier Wochen (Urk. 13/M89 S. 2) nicht zu zweifeln . Unerheblich für den Zeitpunkt des Fallabschlusses per Ende Dezember 2011 ist auch , dass Dr. E.____ nach der OSME weiterhin Physiotherapie während sechs Monaten empfohlen hatte (Urk. 13/M89 S. 3) und Dr. G.____ die Unfallfolgen auch bezüglich der Clavicula/Schulter (erst) spätestens sechs Monate nach der OSME, mithin per Ende Mai 2012 vollständig als geheilt erachtete (Urk. 27/120/18). Denn für den Zeitpunkt des Fallabschlusses nach Art. 19 Abs.

1 UVG ist - nebst der hier nicht durchgeführten Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung - allein die Frage nach der namhaften Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entscheidend (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4) . Die Beschwerdegegnerin schloss den Fall bei gegebener Sach- und Rechtslage zu Recht per Ende 2011 ab und prüfte den Rentenanspruch.

Von weiteren medizinischen Abklärungen ist abzusehen, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229

E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 4.5 4.5.1 Die Einschätzung von Dr. I.____ , welche die Beschwerdeführerin am 10. November 2011 - mithin vor der OSME - untersucht hatte und wegen der (nicht unfallbedingten) eingeschränkten Wirbelsäulenmotilität eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und ansonsten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestierte hatte (Bericht vom 12. Februar 2012; Urk. 13/M82) , vermag entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin dieses Ergebnis nicht in Zweifel zu

ziehen. Denn wie Dr. E. ___ in der Stellungnahme vom 28. August 2012 (Urk. 13/M89 S. 3) zu treffend feststellte, handelt es sich dabei um eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer Internistin hinsichtlich sämtlicher Beschwerden und nicht nur der hier relevanten unfallbedingten Restbeschwerden. 4.5.2 Auch die übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin führen zu keiner anderen Betrachtungsweise.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann aus Ziffer 8 der Stellungnahme von Dr. E. ___ vom 28. August 2012 (Urk. 13/M89 S. 3) nichts zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per Ende 2011 abgeleitet werden. Denn Dr. E. ___ bezieht sich darin auf den Zeitpunkt der Beurteilung des Integritätschadens. Diese sei

erst in zirka zwei Jahren nach der OSME vorzunehmen (Urk. 13/M89 S. 3). Auch wenn die Integritätsentschädigung regelmässig gleichzeitig mit der Invalidenrente festzusetzen ist (Art. 24 Abs. 2 UVG), so handelt es sich bei der Integritätsentschädigung und bei der Invalidenrente um zwei deutlich voneinander zu trennende Ansprüche, über die grundsätzlich auch getrennt entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2007 vom 18. Januar 2008 E. 1.3). Vom Prinzip der gleichzeitigen Festsetzung der Integritätsentschädigung mit dem Rentenanspruch Art. 24 Abs. 2 UVG kann zudem rechtssprechungsgemäss ausnahmsweise abgesehen werden, wenn sich - wie hier - die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erst nach Erlass der Rentenverfügung zuverlässig beurteilen lassen (BGE 113 V 48

E. 3.b ; Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 4.5 ; zur Integritätsentschädigung

vgl. auch Erwägung 6 hernach). 4.5.3

Den Rügen der Beschwerdeführerin betreffend die D. ___ -Gutachter kann eben falls nicht gefolgt werden. Dass med. pract. L. ___ im Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht lange über den Facharztstitel der Chirurgie verfügte, ändert nichts daran, dass ihre fachliche Qualifikation den Anforderungen genügt. Zu dem waren

insbesondere die Einschätzungen des Neurologen Prof. Dr. H. ___ und des Orthopädischen Chirurgen med. pract. Q. ___ grundlegend und für die hier zu beurteilenden Ansprüche ausschlaggebend. Die Unterschrift von Prof. Dr. H. ___ ist sodann auf seinem Teilgutachten vom 8. März 2011 zu finden (Urk. 13/M87.3), das im D. ___ -Gutachten vom 9. Mai 2011 (Urk. 13/M62) korrekt berücksichtigt wurde.

Auch lassen sich aus der Beteiligung des Internisten Dr. K. ___ am Gutachten keine Rückschlüsse auf die formelle Beweis- und materielle Aussagekraft der hier massgeblichen Einschätzungen von Prof. Dr. H. ___ und des Orthopädischen Chirurgen med. pract. Q. ___ ziehen. Im Übrigen vermögen die behaupteten psychischen und finanziellen Probleme von Dr. K. ___ keine Befangenheit zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_970/2012 vom 23. April 2013). Auch sonst ergeben sich keine Hinweise auf fachliche Fehleinschätzungen, zumal das D. ___ -Gutachten alle rechtssprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt und die Beurteilung insbesondere der hier relevanten unfallversicherungrechtlichen Fragestellungen vor dem Hintergrund der übrigen Aktenlage überzeugt. 4.6

Nach dem Gesagten ist nach dem Abschluss des Falles per Ende 2011 ab Januar 2012 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit ohne Arbeiten über den Schulterhorizontalen, ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm und ohne monotone Tätigkeiten in Zwangshaltungen auszugehen. 5.

5.1

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage - hier im Jahr 2012 - zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174).

Die Beschwerdeführerin stellte sich ohne Ausführungen zur Höhe von Validen- und Invalideneinkommen und ohne Ermittlung des Invaliditätsgrades auf den Standpunkt, der Verlust einer angestammten schweren Tätigkeit begründe nicht den Anspruch auf eine Invalidenrente. Unter Berücksichtigung der LSE Tabelle TA1 könne die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen, zumal auch die Invalidenversicherung eingedenk der krankheitsbedingten Einschränkungen diese Tabelle für die Berechnung des Invaliditätsgrades verwendet habe (Urk. 2 S. 11). Die Beschwerdeführerin

erklärte, hierzu könne erst nach Eingang der beantragten medizinischen Abklärungen im Detail Stellung genommen werden. Es sei jedenfalls die Ausrichtung einer Unfallrente angezeigt (Urk. 1 S.

E. 13

f.). 5.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (hier: 1. Januar 2012) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1).

Die Beschwerdeführerin erzielte gemäss dem Arbeitgeberbericht vom 31. August 2010 als Lingerie-Mitarbeiterin im Y.____

im Jahr 2010 einen Stundenlohn von Fr. 23.25 beziehungsweise Fr. 28.40 (inklusive Fr. 1.94 Ferienentschädigung, Fr. 0.98 Feiertagsentschädigung und Fr. 2.18 Anteil am 13. Monatslohn) pro Stunde.

Die betriebsübliche Anzahl Stunden pro Woche betrug 42 Stunden (Urk. 27/20/2). Das Jahreseinkommen mit einem Vollzeitpensum hätte damit im Jahr 2010 Fr. 62'025.60 (42 h x Fr. 28.40 x 52 Wochen) betragen. Unter Berücksichtigung der branchenspezifischen Nominallohnentwicklung

der Jahre 2011 und 2012 (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.10], Wirtschaftszweig Q, Gesundheits- und Sozialwesen; 2010: 100; 2012: 101.0) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 62'645.85 (Fr. 62'025.60 : 100 x 101). 5.3

Kann - wie hier - für die Bestimmung des Invalideneinkommens nicht auf die konkrete beruflich-erwerbliche Situation abgestellt werden, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. E. 3b sowie RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412).

Das durchschnittliche Jahres einkommen von Frauen für einfache und repetitive Arbeiten betrug gemäss dem Tabellenlohn der LSE 2010 (TA1, Anforderungsniveau 4)

Fr. 50'700.-- (12 x Fr. 4'225.--). Unter Berücksichtigung der allgemeinen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft, Heft 10/2014 S. 84, Tabelle B9.2, Total 2010)

und der allgemeinen Nominallohnentwicklung der Jahre 2011 und 2012 (vgl. BFS, a.a.O., Wirtschaftszweige B-S, Total; 2010: 100; 2012: 102.0) ergibt dies Fr. 53'782.55

(Fr. 50'700.-- : 40 x 41,6 : 100 x 102).

Dieser Betrag ist rechtsprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht gemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Hier rechtfertigt die unfallversicherungsrechtlich allein zu berücksichtigende Einschränkung an der rechten oberen Extremität

per Anfang 2012 einen Abzug um 5 %. Von den übrigen persönlichen und beruflichen Merkmalen ist keine zusätzliche Reduktion des statistischen Wertes zu erwarten. Das Invalideneinkommen im Jahr 2012 beträgt damit Fr. 51'093.40 (Fr. 53'782.55 x 0.95). 5.4

Aus der Differenz des Valideneinkommens zum Invalideneinkommen (Fr. 62'645.85 - Fr. 51'093.40 = Fr. 11'552.45) resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet

E. 18

). Die Beschwerdegegnerin wies zu Recht darauf hin, dass die zugebrochene Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 10 %

allein den Zustand an der HWS nach HWK 5 -Verletzung mit Spondylodese betrifft (Urk. 2 S. 11 f.). 6.2.2

Angesichts der Rechtsprechung zu Art. 36 Abs. 3 UVV ist nicht zu beanstanden, dass die Integritätsentschädigung betreffend die HWS und jene betreffend die Schulter nicht gesamthaft festgelegt wurde. Denn der Integritätschaden an der HWS und jener an der rechten Schulter betreffen je zwei voneinander klar unterscheidbare Bereiche, die nach verschiedenen Suva-Feinrastertabellen festzulegen sind, so dass die unterscheidbaren und sich gegenseitig nicht beeinflussenden Integritätsschäden zu addieren sind. Damit wird eine zeitliche Trennung der Entschädigung ermöglicht, wenn - wie hier - feststeht, dass für den vorab bewerteten Schaden eine Integritätsentschädigung von jedenfalls über 5 % zu erbringen ist.

Auch im Hinblick auf Art. 24 Abs. 2 UVG ist nicht zu beanstanden, dass die Festsetzung der Integritätsentschädigung bezüglich der rechten Schulter ausnahmsweise noch nicht

erfolgte. Denn gemäss der Stellungnahme von Dr. E.____

vom 28. August 2012 (Urk. 13/M89 S. 3) wäre eine solche zu früh gewesen und sollte eine solche Beurteilung etwa zwei Jahre nach der OSME vom 29. November 2011, mithin nicht vor Ende 2013 erfolgen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die ent spre chen den Anspruchsvoraussetzungen erst dann zuverlässig beurteilen liessen (vgl. BGE 113 V 48 E. 3.b ; Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 4.5). 6.2.3

Bei der Festsetzung der Höhe des Integritätsschadens von 10 %

für die HWS-Verletzung stützten sich die D.____ -Gutachter korrekt auf die Feinrastertabelle 7 der Suva . Im Gutachten vom 9. Mai 2011 wird fälschlicherweise die Referenz als Tabelle 4 bezeichnet , welche Tabelle jedoch Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Zehen-, Fuss - und

Beinverlusten betreffen . Dem Inhalt nach beziehen sich die Gutachter aber zweifellos richtig auf die Tabelle

7 (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenerkrankungen). Und zwar betrage der Integritätsschaden von Seiten der HWK5-Fraktur

10 % (+ = mässige

Beanspruchungsschmerzen , in Ruhe selten oder keine, rasche Erholung nach ein bis zwei Tagen; Urk. 13/M62 S. 58). Dies entspricht den Vorgaben in der Suva-Feinrastertabelle 7, wo für Frakturen der LWS/BWS/HWS inklusive einer Spondylodese , Kyphose oder Skoliose ein 10%iger Integritätsschaden vorgesehen wird.

Dr. E.____

schloss sich dieser Beurteilung nachvollziehbar an . Er führte ausser dem aus, es komme eventuell bedingt durch die Spondylodese C5/C6 im Verlaufe der Jahre zu einer Überbeanspruchung der benachbarten Wirbelsegmente mit entsprechenden Schmerzen im Sinne einer Anschlusssymptomatik. Diese Entwicklung könne derzeit nicht abgeschätzt werden (Urk. 13/M89 S. 3).

Damit verwies Dr. E.____ auf die Möglichkeit einer zukünftigen Erhöhung der Integritätsentschädigung für den Fall, dass in Zukunft eine erhebliche Verschlimmerung an der HWS eintreten werde. Da

er eine solche Entwicklung lediglich als blosser Möglichkeit einschätzte, welche für die Berücksichtigung einer voraussichtlichen Verschlimmerung im Sinne von Art. 36 Abs. 4 Satz 1 UVV nicht genügt

(Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2013 vom 23. Juli 2013, E. 3.4.1 mit Hinweisen) , ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung eines 10%igen Integritätsschadens gemäss den D.____ -Gutachtern beschränkte . Die Anwendung von Art. 36 Abs. 4 Satz 2 UVV

zu einem späteren Zeitpunkt bleibt vorbehalten. 6.3

Die zugesprochene Integritätsentschädigung aufgrund eines Integritätsschadens von 10 % für die Beeinträchtigung an der HWS (C5 /C6) ist damit zu bestätigen. 7 .

Im Ergebnis ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2012 (Urk. 2) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, als festzustellen ist, dass

die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente von 18 % hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 8.

Das Verfahren ist kostenlos. Der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin ist eine reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_471/2007 vom 1. Februar 2008 E. 3.2), die nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und auf Fr. 1'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2012 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente von 18 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.— (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Fürsprecher Martin Bürkle - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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