

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00021

vom 15. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00021 du 15 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00021 del 15 aprile 2014

Erwägungen

E. 1.1

Vorab ist auf prozessuale Belange näher einzugehen. Die Beschwerdeführerin beantragte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) unter anderem, das vorliegende Verfahren sei zu sistieren, bis die Beschwerdegegnerin über ihren Leistungsanspruch als Folge eines Unfallereignisses vom 6. März 2005 entschieden habe. Ferner beantragte sie, „dass die Parteien zur entsprechenden Verhandlung über den gesamten Anspruch der Beschwerdeführerin auf UVG-Leistungen vorzula den sind“ (S. 2 Ziff. 3). Sollte dem Sistierungsantrag nicht stattgegeben werden, so sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen; anschliessend seien die Parteien zur Verhandlung vorzuladen (S. 16 Ziff. 3).

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin führte mit Bezug auf den genannten Antrag aus, das Unfallereignis vom 6. März 2005 (Sturz auf Gesäss und Rücken) sei aktenkundig. Die Beschwerdegegnerin habe fälschlicherweise mit Schreiben vom 5. Oktober 2005 die Rechnung für die entsprechende Behandlung vom 15. Juni bis 8. Juli 2005 retourniert. Sie habe am 14. Januar 2013 nachträglich die Ausrichtung von Leistungen beantragt (S. 16 Ziff. 1).

Weiter führte sie aus, sie habe bis vor Beginn des aktuellen Verfahrens nie voll ständige Akteneinsicht erhalten. Deshalb habe sie erst mit Schreiben vom

E. 1.3

Aktenkundig ist eine den 6. März 2005 betreffende Bagatell-Unfallmeldung (Urk. 11/II/1). Der behandelnde Arzt (und Arbeitgeber) der Beschwerdeführerin attestierte am 16. April 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. bis

E. 1.4

Der fragliche Unfall wurde mithin in den Gutachten, die Gegenstand des früheren Verfahrens am hiesigen Gericht waren, aufgeführt. Mangels Relevanz wurde sodann von medizinischer Seite jedoch bei den Diagnosen, der Kausalitätsbeurteilung und den Angaben zur aktuellen Arbeitsfähigkeit nicht mehr darauf Bezug genommen. Gleiches gilt für das in Rechtskraft erwachsene Urteil vom 9. Juli 2010 des hiesigen Gerichts, mit welchem der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des damals angefochtenen Einspracheentscheids (Dezember 2008) beurteilt wurde, dies mit dem Ergebnis, dass höchstens betreffend die OSG-Arthrose links eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestehen könnte.

Der Beschwerdeführerin war der genannte Unfall bekannt (hat sie ihn doch selber zuhänden der Gutachterin von 2007 aufgelistet). Bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit

konnte sie (beziehungsweise ihre Rechtsvertreterin) im letzten Verfahren feststellen, dass ihm von medizinischer Seite, von der Beschwerdegegnerin und schliesslich vom Gericht keine leistungsrelevante Bedeutung bei gemessen wurde. Sie hätte mithin das Urteil von 2010 in diesem Punkt anfechten können und müssen.

Vor diesem Hintergrund erweist sich ihre Begründung der - angeblich - unvollständigen Akteneinsicht überdies als Schutzbehauptung, die nichts daran zu ändern vermag, dass über die betreffende Frage - mit der Beschwerdeführerin zuzurechnendem Wissen - im Urteil von 2010 entschieden worden ist.

E. 1.5

Schliesslich ergibt sich auch aus den hier vorliegenden Akten, dass von angeblichen „Ungereimtheiten“ keine Rede sein kann.

Gemäss eigener Erinnerung der Beschwerdeführerin folgte dem Unfall vom März 2005 keine Arbeitsunfähigkeit; der behandelnde Arzt attestierte eine solche für die Dauer von knapp einer Woche und schloss die Behandlung rund

11 Wochen nach dem Ereignis ab (vorstehend E. 1.3). Inwiefern sich vor diesem Hintergrund - abgesehen von der zeitlichen Verzögerung von über 8 Jahren bis zur Geltendmachung - eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen lassen sollte, ist nur schwer ersichtlich, ebenso, was dies mit der vorliegend strittigen Beurteilung der OSG-Arthrose zu tun haben könnte.

Der Sistierungsantrag erweist sich damit als vollkommen unbegründet (wenn nicht gar trölerisch) und ist abzuweisen.

E. 1.6

Ob eine Instruktionsverhandlung (Art. 226 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO) anberaumt wird, liegt im Ermessen des Gerichts (Eric Pahud, Dike-Kommentar ZPO, Zürich / St. Gallen 2011, Art. 226 N2) beziehungsweise des mit der Instruktion betrauten Mitgliedes.

Vorliegend hat diesbezüglich weder ein Bedarf nach Erörterung des Streitgegenstands noch nach Ergänzung des Sachverhalts bestanden. Auch ein Einigungsversuch erschien - in Würdigung des prozessualen Verhaltens der Parteien - mangels Erfolgsaussichten nicht angezeigt.

Das Gericht hat somit keine Veranlassung gesehen, dem von der Beschwerdeführerin gestellten Antrag zu entsprechen, womit es sein Bewenden hat.

2. 2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten

Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden 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). 2.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, der medizinische Endzustand sei per 10. September 2006 erreicht gewesen (S. 8 Ziff. 3b); gemäss den Angaben des zuständigen Krankenversicherers seien seit her lediglich drei (überwiegend bildgebende) Untersuchungen im Zusammenhang mit dem linken OSG in Rechnung gestellt worden (S. 8 f. Ziff. 3c). Im Hinblick auf die Invaliditätsbemessung ging sie davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin angestellt tätig gewesen wäre (S. 11 Ziff. 4b/aa). Unfallbedingt sei die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten um 17% in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt; die entsprechende Erwerbseinbusse könne sie zumutbarerweise mit einem entsprechenden Teilzeitpensum in einer (leidensangepassten) rein sitzenden Tätigkeit kompensieren (S. 12 f. Ziff. 4b/bb). Ferner begründe die leichte Arthrose mangels Erheblichkeit keinen Anspruch auf Integritätsentschädigung (S. 15 Ziff. 5d). 3.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) - nebst Ausführungen zum Unfallhergang (S. 7) - unter anderem geltend, der behandelnde Rheumatologe habe wiederholt aktenkundig erklärt, dass die diversen Stürze „Folgen der OSG-Arthrose und Bandinstabilität“ darstellten; in Kenntnis des laufenden Rechtsstreits und aufgrund der gesetzlichen Vorleistungspflicht habe er seine Rechnungen betreffend Behandlung der Unfallfolgen der Krankenkasse eingereicht (S. 7 Ziff. 4). Sodann machte sie geltend, dass sie das Anstellungspensum von 60% nicht habe erhöhen beziehungsweise sich nicht habe selbständig machen könne, liege an den Folgen des 1998 erlittenen Unfalls (S. 8 Ziff. 5), gefolgt von Erläuterungen betreffend ihr effektiv erzielter Einkommen (S. 9 f.

Ziff. 7) und zum Invalideneinkommen (S. 10 f. Ziff. 8). Ferner bestritt sie, dass die Beschwerden im linken OSG lediglich zu einem Drittel unfallbedingt seien (S. 11 Ziff. 9) und äusserte sich zur Unfallkausalität (S. 11 f. Ziff. 10) sowie zu bereits im Urteil von 2010 berücksichtigten bildgebenden und anderen Befunden und den damaligen Gutachten (S. 12 f. Ziff. 11). 3.3

Die Beschwerdegegnerin wies in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 9) darauf hin, dass die von November 2006 bis Februar 2010 erstellten Rechnungen zweimal den Diagnosecode (vgl. Urk. 10) D1 und D2 (Behandlung von Muskeln/Sehnen und Bändern/Gelenken), alle übrigen den Diagnosecode D5 (Wirbelsäule) und keine den Diagnosecode D4 (Arthrose) trügen (S. 6). Dass die Beschwerdeführerin wegen Einschränkungen aus dem Unfall von 1998 auf eine selbständige Erwerbstätigkeit verzichtet habe, sei deshalb wenig glaubhaft, weil sie 2005 dann - trotz Beschwerden - doch habe in die Selbständigkeit wechseln wollen (S. 7 unten).

3.4

Zu prüfen ist entsprechend der Vorgabe im Rückweisungsurteil von 2010, ob sich aus der OSG-Arthrose links Leistungspflichten der Beschwerdegegnerin ergeben. 4.

E. 4

).

E. 4.1

In der im März 2010 ergänzend zum Gerichtsgutachten erstatteten Stellungnahme wurde ausgeführt, es sei wahrscheinlich, dass der Beginn einer Arthrose des linken OSG durch den Unfall von 1998 gelegt worden und dann richtungsweisend durch den Unfall von 2005 eine Verschlimmerung eingetreten sei. Allerdings handle es sich laut Beschreibung nach wie vor lediglich um eine beginnende Arthrose im OSG, wie sie in diesem Alter öfters vorkäme. Aufgrund des Verlaufs sei die Diagnose einer posttraumatischen Arthrose, wenn auch wenig ausgeprägt, zu stellen (Urk. 11/I/122 S. 4 Mitte).

E. 4.2

Dr. med. Z.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, der die Beschwerdeführerin seit dem 15. Juni 2005 behandelt (Urk. 14 S. unten), nannte in seinem Bericht vom 18. Februar 2011 (Urk. 11/I/131 = Urk. 11/I/182 Beilage 2 = Urk. 3/16 = Urk. 25/3) folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 1): - laterale Bandinstabilität sowie OSG-Arthrose links, Ereignis vom 11. September 2005 - chronischer belastungsabhängig verstärkter Reizzustand des linken OSG/USG

Er führte unter anderem aus, als Kursleiterin Rheumaliga, insbesondere auch zum Erteilen von Wassergymnastik, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (bezogen auf 100 %), dies weil diese Kurse nicht in entsprechendem Schuhwerk gegeben werden könnten und andere Tätigkeiten nicht realistisch seien (S. 2 Ziff. 7).

E. 4.3

Die Ärzte der A.____ untersuchten die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. Z.____ am 11. März 2003 und nannten in ihrem Bericht vom 5. Mai 2011 (Urk. 11/I/141) folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf periphere Polyneuropathie bei subjektiver OSG-Instabilität links, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen beider Füsse, Ruheschmerzen beider Füsse mit vermindertem Vibrationssinn, Differentialdiagnose (DD)

im Rahmen eines Diabetes mellitus - anamnestisch Status nach Diskushernie L5/S1 links mit radikulären Schmerzen und Fussheberschwäche links

Sie führten unter anderem aus, bei der Patientin bestehe wahrscheinlich eine residuelle Fussheberschwäche links bei bekannter Diskushernie L5/S1. Die von der Patientin geäußerten Schmerzen in beiden Füßen linksbetont seien wahrscheinlich multifaktorieller Genese. Einerseits bestehe eine bekannte OSG-Arthrose, welche den Anlaufschmerz erklären könnte. Ansonsten könnten die Beschwerden auch im Rahmen einer Polyneuropathie interpretiert werden (S. 2 Mitte).

Aus neurologischer Sicht wurde sodann mit Bericht vom 25. Mai 2011 ausgeführt, es lasse sich keine Polyneuropathie objektivieren. Auffällig sei eine leichte axonale Schädigung des N. peroneus links. Möglicherweise sei der Befund im Rahmen einer stattgehabten Radikulopathie L5 links zu sehen (Urk. 11/I/144 S. 2 Mitte).

E. 4.4

Am 25. Januar 2012 erstattete Dr. med. B.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11/I/158). Sie stütze sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 2 ff.), darunter auch die vorstehend (E. 4.2 und 4.3) erwähnten Berichte von Dr. Z.____ und der Ärzte der A.____ (S. 4 f.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff.) und die anlässlich der Untersuchung vom 24. Mai 2011 (S. 6 oben) erhobenen Befunde (S. 9 f.).

Die Gutachterin stellte folgende Diagnose (S. 10 Mitte): - chronische Fusschmerzen links mit wenig Arthrosezeichen

antero-lateral bei / nach - Supinationstrauma

vom 16. Dezember 1998 - erneutem, dokumentiertem Supinationstrauma am 11. September 2005 - anamnestisch diverse weitere Supinationstraumata seit 1998 - leichter Fussheberparese links bei konservativ behandelter Diskushernie L5/S1 links (unfallfremd, 2002) - Verdacht auf periphere Neuropathie beidseits (unfallfremd)

Die Gutachterin führte unter anderem aus, radiologisch fänden sich wenige Anzeichen einer Arthrose im posterioren Anteil des linken OSG. Orthopädisch könne die radiologisch beginnende leichteste Arthrose des OSG gut mit den Supinationstraumata erklärt werden; hier bestehe eine direkte Unfallkausalität. Die radiologischen und klinischen orthopädischen Befunde könnten jedoch die aus geprägten Beschwerden der Versicherten punkto linken Fuss nicht erklären. Die subjektiv beklagte Instabilität des linken OSG habe klinisch praktisch nicht bestätigt werden können, hingegen hätten die neurologischen Probleme mit einem leichten Fallfuss links bestätigt werden können (S. 11 unten).

Zusammenfassend führte die Gutachterin aus, die von der Beschwerdeführerin beklagte Instabilität des linken OSG und die chronischen Schmerzen würden vorwiegend durch neurogene (nervliche) und nicht durch orthopädische (Veränderung der Gelenke) respektive posttraumatische Befunde erklärt. Diese Beurteilung beruhe auf den nur leichten orthopädischen und radiologischen Befunden im Bereich des linken OSG (S. 12).

Die heutigen Beschwerden im linken Fuss seien maximal zu einem Drittel unfallkausal, zu zwei Dritteln unfallfremd. In einer überwiegend sitzenden Arbeit sei die Versicherte rein punkto linker Fuss vollschichtig zu 100% arbeitsfähig. In der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin mit überwiegend stehender und gehender Tätigkeit betrage die

Arbeitsfähigkeit 50 % (S. 12 Mitte).

Zum Zumutbarkeitsprofil führte die Gutachterin gesamthaft (2/3 unfallfremd, 1/3 unfallkausal) aus, langes Gehen und Stehen von mehr als 1 h seien der Versicherten nicht zumutbar. Sitzende Tätigkeiten seien ihr vollumfänglich zu mutbar. Das Gehen auf unebenem Gelände, langes Treppensteigen, das Besteigen von Gerüsten sowie das Gehen mit Tragen von Lasten über 10 kg seien nicht zumutbar (S. 15 Ziff. 3.1.2).

Die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung sei momentan noch nicht erreicht. Sollte die milde Arthrose fortschreiten, so sei die Integritätsentschädigung - beispielsweise in 5 Jahren - entsprechend neu zu beurteilen (S. 17 Ziff. 7.1).

E. 4.5

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete am 6. Februar 2012 über seine Untersuchung vom 11. Januar 2012 und nannte folgende - hier leicht gekürzt angeführte - Diagnosen (Urk. 11/I/182 Beilage 17 S. 1) : - posttraumatische Lumbalgie nach Sturz auf Rücken und Gesäss am 22. September 2011 - akute posttraumatische Kontusion der linken Schulter sowie akute Rückenschmerzen nach Sturz auf Steissbein vom 10. Juni 2010 - chronisches posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) - posttraumatische Migräne und Trigeminusneuralgie - posttraumatische OSG-Arthrose links; laterale Bandinstabilität seit mehreren Supinationstraumen im linken Fuss

In einem Bericht vom 11. Januar 2013 (Urk. 21/5) führte Dr. C.____ - nebst vergleichbaren Angaben - ein erneutes Supinationstrauma des linken Fusses am 14. Oktober 2012 an (S. 2 oben).

E. 4.6

Dr. Z.____ (vorstehend E. 4.2) nannte

in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk.

E. 4.7

Im Bericht vom 30. April 2013 (Urk. 11/I/204) über eine orthopädieschuhtechnische Kontrolle in der A.____

wurden in der Beurteilung Restbeschwerden nach Distorsion beider Knie und des linken Fusses am 14. Oktober 2012 festgehalten (S. 2 oben).

E. 4.8

Am 21. Juni 2013 erstatteten die Ärzte der D.____ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 21/1/1). Es wurden folgende (Haupt-) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 29 f. Ziff. 6.1): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie beidseits - Polyarthrose - posteriore OSG-Arthrose, Sehnenaffektation und laterale Bandinstabilität OSG links bei Status nach multiplen Distorsionstraumata OSG links (1998, 2001, 2003, 2005 und 2012) - Trigeminusneuralgie links - episodische Migräne mit Aura

Berufsanamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe ab 2002 ihr Pensum als Physiotherapeutin freiwillig auf 60 % reduziert, dies wegen zunehmender lumbaler Rückenschmerzen; damals sei erstmals eine Diskushernie L5/S1 festgestellt worden. Zusätzlich habe sie von 1996 bis 2003 1.5 Stunden pro Woche für die

Rheumaliga gearbeitet; ab 2003 habe sie dieses Pensum auf 4.5 Stunden pro Woche gesteigert. Im Jahr 2006 sei sie wegen Auflösung der Physiotherapiepraxis entlassen worden und habe ihr Pensum bei der Rheumaliga auf 15 Stunden pro Woche, einem Pensum von 30 % entsprechend, gesteigert (S. 31 Mitte).

E. 4.9

Im orthopädischen Fachgutachten (Urk. 21/1/3) wurde unter anderem ausgeführt, Beschwerden im Bereich der Daumen und der Finger und Beschwerden im Bereich des Knies schränkten die Arbeitsfähigkeit ein, ebenso erlaubten Beschwerden im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Arthrose und lateraler Instabilität der Beschwerdeführerin kein problemfreies Gehen auf Treppen, Leitern und unebenem Gelände (Instabilität) und führten aufgrund der Arthrose zu einer verminderten Gehstrecke (S. 17 unten).

Somit sei die Beschwerdeführerin für schwere, mittelschwere körperliche Arbeiten mit einer Belastung von über 10 kg, Gehen auf unebenem Gelände, Leitern, Treppen zu 100 % arbeitsunfähig. In ihrem angestammten Beruf als Physiotherapeutin sei sie zum heutigen Zeitpunkt zu 50 %

arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich mit der nachvollziehbaren Notwendigkeit von verlängerten Ruhephasen zur Vermeidung der Exazerbation vor allem der Wirbelsäulen- und Handbeschwerden (S. 18 oben).

E. 4.10

Dr. Z.____ (vorstehend E. 4.2) führte in einer Stellungnahme vom 2. September 2013 (Urk. 25/1) unter anderem aus, für die Rechnungsstellung zulasten der Krankenkasse werde zumeist nur ein Code angegeben. Um eine Bezahlung der Rechnungen wie im hier vorliegenden Fall sicher zu stellen, habe er aus Praktikabilitätsgründen nur einen Code verwendet; es könne nicht auf die Bezahlung einer Rechnung über Jahrzehnte gewartet werden, bis dann vielleicht auch mal der Rechtsstreit erledigt sei (S. 1). Ein vollständiger Diagnosecode hätte gelautet: D4, D2, D1 und D5 (S. 1 unten).

Die Beschwerdeführerin sei sehr wohl auch nach September 2006 bezüglich ihrer Unfallfolgen (OSG-Arthrose, Bandinstabilität, gestörte Propriozeption) regelmäßig behandelt worden (S. 2).

Zusammenfassend betonte er, dass die mehrfachen Distorsionen des linken OSG mit der posttraumatischen OSG-Arthrose, der lateralen Bandinstabilität / Läsion und der gestörten Propriozeption die Hauptursache für weitere Stürze gewesen und damit auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich für die jetzige Gesundheitsbeeinträchtigung der Patientin verantwortlich seien (S. 2). 5. 5.1

Zu den genannten Arztberichten ist vorab der Hinweis angezeigt, dass nicht ersichtlich ist, was Dr. C.____ im Februar 2012 veranlasste, im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. Juni 2003 unter anderem ein HWS-Überdehnungstrauma zu diagnostizieren (vorstehend E. 4.5). In seinen Berichten vom 25. August 2003 (Urk. 11/III/9), 28. November 2003 (Urk. 11/III/13) und

25. Dezember 2003 (Urk. 11/III/16) war davon ebenso wenig die Rede wie in anderen 2003 erstatteten Berichten (Urk. 11/III/4-5, Urk. 11/III/7) oder der Unfallmeldung, die vom als Arzt tätigen Arbeitgeber erstattet wurde (Urk. 11/III/2).

Ebenso wenig ist verständlich, dass Dr. Z.____ im Mai 2012 die gleiche - iden tisch formulierte - Diagnose neu aufführte (vorstehend E. 4.6); auch in seinen früheren Berichten war von solchem nicht die Rede gewesen. 5.2

Gegenüber den Beurteilungen durch Dr. Z.____ sind weitere Vorbehalte ange bracht. Dass er seine Bemühungen dem (vorleistungspflichtigen) Krankenversicherer in Rechnung stellte und nicht der Beschwerdegegnerin, die ihre Leistungspflicht verneinte, vermag einzuleuchten. Dass er aber dabei kein einziges Mal den für die Behandlung von Arthrosen vorgesehenen Code verwendete, wi derspricht diametral seiner späteren Schilderung, er habe die Beschwerdeführe rin auch nach September 2006 wegen Unfallfolgen (OSG-Arthrose , Bandinstabilität , gestörte Propriozeption) behandelt (vorstehend E. 4.10). Wenn dem so war, gibt es - auch abrechnungstechnisch gesehen - keinen plausiblen Grund, ausgerechnet den zutreffenden Diagnosecode nicht zu verwenden. Dies legt den Schluss nahe, dass dem eher nicht so gewesen sein könnte, sondern dass der langjährig behandelnde Arzt sich in diesem Punkt für seine Patientin engagiert (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a/cc).

Wie es sich mit seiner These verhält , für weitere OSG-Distorsionen seien die genannten Beeinträchtigungen die Hauptursache gewesen, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens; sie ist gegebenenfalls vom Versicherer zu prüfen, dem solche späteren Ereignisse gemeldet wurden. 5.3

Somit ist für die Beantwortung der strittigen Frage (vorstehend E. 3.4) in erster Linie das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten (vorstehend E. 4.4) massgebend.

Die Gutachterin stellte eine (unfallkausale) leichteste Arthrose des OSG fest, wel che jedoch die ausgeprägten Fussbeschwerden der Beschwerdeführerin nicht erklären konnte. Die Gutachterin stellte fest, die Beschwerden würden vorwie gend durch neurogene, nicht durch orthopädische beziehungsweise posttrauma tische Befunde erklärt. Bezogen auf die Fussbeschwerden erachtete sie die Be schwerdeführerin als in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % , und in der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin als zu 50 % arbeitsfähig. Diese Einschränkung um 50 %

bezeichnete sie als zu zwei Dritteln unfallfremd und zu einem Drittel unfallkausal.

Eine anspruchserhebliche Integritätseinbusse vermochte die Gutachterin nicht zu erheben. 5.4

Die Beurteilung durch die Gutachterin erweist sich im Vergleich mit derjenigen durch den D.____ -Fachgutachter (vorstehend E. 4.9) als grosszügig: Dieser postu lierte aus orthopädischer Sicht zwar auch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , be gründete dies jedoch hauptsächlich mit dem Bedarf an verlängerten Ruhephasen wegen Wirbelsäulen- und Handbeschwerden. Als einzige sich aus der OSG-Arthrose ergebende Einschränkung nannte er eine verminderte Gehstrecke.

Dies wirft die Frage auf, ob bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Physiothe rapeutin, die keine längeren Gehstrecken erfordert, überhaupt eine unfallkausale (durch die OSG-Arthrose bedingte) Einschränkung der Arbeitsfä higkeit besteht. Stellt man auf das D.____ -Fachgutachten ab, ist die Frage klar zu verneinen. 5.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin da von ausging, dass ab September 2006 keine unfallbedingt en Heilbehandlungen in der OSG-Arthrose mehr angefallen seien, dass die OSG-Arthrose keine relevante Integritätseinbusse begründe,

sowie dass aufgrund der OSG-Arthrose eine volle Arbeitsfähigkeit für vorwiegend sitzende Tätigkeiten bestehe und die Arbeitsfähigkeit als Physiotherapeutin deswegen um maximal ein Drittel von 50 % (mit hin rund 17 %) eingeschränkt sei. 5.6

Die Invaliditätsbemessung betreffend hat die Beschwerdeführerin in erster Linie geltend gemacht, sie wäre im Gesundheitsfall selbständig erwerbend (Urk. 1 S. 8 Ziff. 5 und S. 9 f.). Auf welche konkreten Anhaltspunkte sich diese These stützt, lässt sich der Beschwerde nicht entnehmen; auch die eingereichten Beilagen (Urk. 3/1-28) enthalten nichts, das geeignet wäre, die betreffende Behauptung zu stützen. Der Umstand alleine, dass sie im November 2002 eine Berufsausübungsbewilligung beantragte und erhielt (Urk. 11/I/182 S. 6 Ziff. 4 sowie Bei lage 16a) , genügt nicht für die Annahme, ohne den Unfall von 2005 wäre der betreffende Schritt - drei Jahre später - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfolgt.

Gemäss Unfallmeldung (Urk. 11/I/1 Ziff. 13) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 einen Monatslohn von Fr. 3'930.-- (x 13), dies mit 25.2 von 42 Wochenstunden (Ziff. 12), mithin einem Pensum von 60 % . Bei der Rheumaliga betrug der Lohn (inklusive Ferienentschädigung) Fr. 85.-- pro Stunde (Urk. 11/I/92 S. 2 sowie Beilage) ; angesichts von organisatorischen Besonderheiten (vgl. Urk. 11/I/92 S. 1 Ziff. 3) wäre es nicht sachgerecht, diesen Lohn auf ein Jahr hochzurechnen .

Die Umrechnung des Lohnes bei 60 % auf ein volles Pensum ergibt Fr. 85'180.-- im Jahr (Fr. 3'930.-- x 13 :

60 x 100), was als hypothetisches Valideneinkommen einzusetzen ist. 5.7

Das hypothetische Invalideneinkommen entspricht dem Verdienst, den die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Einschränkungen, die in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehen, zumutbarerweise erzielen könnte . Ausser Betracht fallen somit alle anderen, nicht unfallkausalen Einschränkungen, wie sie insbesondere (und auftragsgemäss) im D.____ -Gutachten berücksichtigt wurden.

Unfallkausal ist einzig die Einschränkung aufgrund der Arthrose im linken OSG. Sie beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin laut D.____ -Gutachten insofern, als sie eine verminderte Gehstrecke zur Folge hat. Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten schränkt sie die Arbeitsfähigkeit als Physiotherapeutin um rund 17 % ein. Zu gunsten der Beschwerdeführerin ist von dieser Einschränkung auszugehen.

Gemäss den Recherchen der Beschwerdeführerin beträgt das Jahreseinkommen einer angestellten Physiotherapeutin in den ihrigen vergleichbaren Verhältnissen Fr. 122'809.-- (Urk. 11/I/182 S. 6 unten). Dieses Einkommen - abzüglich unfallbedingte Einschränkung - könnte die Beschwerdeführerin zumutbarerweise erzielen. Somit beträgt das hypothetische Invalideneinkommen rund Fr. 101'931.-- (Fr. 122'809.-- x 0.83). 5.8

Das hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 101'931.-- (vorstehend E. 5.7) fällt derart deutlich höher aus als das hypothetische Valideneinkommen von Fr. 85'180.-- (vorstehend E. 5.6), dass sich weitere Umrechnungen auf ein gleiches Basisjahr erübrigen. Der Einkommensvergleich ergibt auf jeden Fall keinen Invaliditätsgrad. 5.9

Damit steht fest, dass die Arthrose des linken OSG unter keinem Titel weitergehende Leistungspflichten der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht beschliesst:

Der Sistierungsantrag der Beschwerdeführerin wird abgewiesen. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.____ - Allianz Suisse
Versicherungs-Gesellschaft - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 06

ein.

Die vom Krankenversicherer dagegen erhobene Einsprache (Urk. 11/I/175) wurde von diesem wieder zurückgezogen (Urk. 11/I/179) . Die Versicherte erhob am 2. Juli 2012 Einsprache (11/I/182) . Diese wies die Allianz am 29. November 2012 ab (Urk. 11/I/194 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid

vom 29. November 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 15. Januar 2013 Beschwerde und beantragte in der Sache, dieser sei aufzuheben und es seien ihr rückwirkend ab

E. 10

September 2006

Heilungskosten und Taggelder zu vergüten (S. 2 Ziff. 1) sowie eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2).

Die Allianz beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2013 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin reichte am 16. August 2013 eine Replik (Urk. 20) ein, die Beschwerdegegnerin am 18. September 2013 eine Duplik (Urk. 28) und am 26. September 2013 eine weitere Stellungnahme (Urk. 30). Diese wurden der Beschwerdeführerin am 30. September 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk. 31). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 14

= Urk. 21/4) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatisches lumboradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 links bei Status nach Sturz auf Rücken und Gesäss am 22. September 2011 - posttraumatische Periarthropathia

humero-scapularis (PHS) links persistierend und bereits damals akute Lumbovertebralsymptomatik nach Sturz auf Steissbein am 10. Juni 2010 - posttraumatische OSG-Arthrose links und laterale Bandinstabilität seit Ereignis vom 11. September 2005; diverse weitere Supinationstraumen - chronisches posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der HWS - posttraumatische Migräne und Trigeminusneuralgie links

Er führte unter anderem aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Instabilität des linken OSG, welche im Zusammenhang mit den verschiedenen Supinationstraumen der letzten Jahre entstanden sei. Hinweise auf das Bestehen einer Polyneuropathie hätten nie bestanden, und auch die entsprechenden neurologischen Abklärungen hätten eine solche ausschliessen lassen. Die Gangunsicherheit durch die OSG-Instabilität links sei mit Sicherheit wesentliche Ursache der multiplen Stürze (S. 2).

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