

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00141 vom 23. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00141

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00141 du 23 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00141 del 23 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

bei der Stadt Y. ____

in einem 25%-Pensum im Zwischenverdienst als Reinigungshilfe beschäftigt und dadurch bei der Visana

Versicherungen AG gegen Unfallfolgen versichert (Urk. 9/21 und Urk. 9/11) . Diese trat auf den Schadensfall ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

Mit Verfügung vom 4. Juli 2013 stellte die Visana Versicherungen AG die Versicherungsleistungen per 30. Juni 2013 ein (Urk. 9/44). Gegen diesen Entscheid

erhob die Krankenversicherung von X. ____ , die Helsana Versicherungen AG, am 10. Juli 2013 vorsorglich Einsprache (Urk. 9/50), die sie am 16. September 2013 wieder zurückzog (Urk. 9/66). Die von der Versicherten am 2. September 2013 (Urk. 9/60) erhobene und am

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 1.

E. 1.3

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

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

BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E.

1c).

E. 2

1.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 es in Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.2.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b). Der Unfallversicherer muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller

Gesundheit sei (Bundes gerichtsurteil 8C_369/2008 vom 11. August 2008 E. 2.2.4).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Leistungseinstellung per 30. Juni 201

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem im Wesentlichen entgegen, die Unfallkausalität des CRPS sei medizinisch erwiesen. Sie machte geltend, laut den Berichten von

Dr. med. A.____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, des Ergotherapeuten sowie der Hausärztin Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, hätten sieben bis acht Wochen nach dem Unfall Anhaltspunkte für ein CRPS bestanden und es sei auch die entsprechende Diagnose gestellt worden. Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin habe sie demgegenüber nie persönlich untersucht (Urk. 1 Rz 2 S. 4 und Urk. 13). 3. 3. 1

Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten Folgendes zu entnehmen: 3. 2

Bei der am Unfalltag, 28. Februar 2013, erfolgten Erstkonsultation im Ambulatorium des Spitals

C.____ wurde eine Handkontusion links, eine Kontusion der Lendenwirbelsäule sowie eine Kontusion des linken Ellbogens diagnostiziert. Die untersuchenden Ärzte berichteten, die Beschwerdeführerin spreche nur wenig Deutsch, die Tochter habe erzählt, ihre Mutter sei beim Streit zurück an einen Tisch geschubst worden. Initial habe sie kaum Schmerzen verspürt, im Tagesverlauf seien jedoch zunehmend Rückenschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie Schmerzen im Bereich der linken Hand und des linken Ellbogens aufgetreten. Die Ärzte

gaben die folgenden Befunde an: An der Lendenwirbelsäule

besteht paravertebral links eine leichte Klopfdolenz. Eine Prellmarke sei nicht sichtbar. Die linke Hand sei inspektoriell unauffällig. Es liege

eine Druckdolenz über dem Os metacarpale II vor.

Die periphere Durchblutung, die Sensibilität und die Motorik seien intakt. Beim linken Ellbogen sei

eine leichte Druckdolenz ubiquitär

vorhanden. Es liege keine Schwellung vor und die Beweglichkeit sei vollumfänglich erhalten. Die periphere Durchblutung, die Sensibilität und die Motorik seien ebenfalls intakt. Das Röntgen der linken Hand habe keine ossäre Läsion gezeigt. Sie attestierten der Beschwerdeführerin bis zum darauffolgenden Tag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/4). 3. 3

Ein am 5. März 2013 von der Hausärztin Dr. B.____ veranlasstes Röntgenbild des ulnaren Handgelenkes links zeigte keinen Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung.

Ausgewiesen war ein isoliert liegendes Knochenkompartiment in der Höhe des TFCC-Komplexes. Hierbei handle es sich nach Angabe von Dr.

med. D.____, FA Radiologie FMH, bei sonst fehlender Anamnese möglicherweise um einen Zustand nach Styloidosis

ulnae

aseptica

necroticans bei gleich zeitiger Plusvariante der Ulna . Ansonsten sei der knöcherne Befund unauffällig (Urk. 9/5). 3. 4

Dr. A.____ , Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation

FMH, berichtete am 1 5. April 2013 der Hausärztin Dr. B.____ nach zwei Konsultationen. Sie diagnostizierte ein Handgelenksdistorsionstrauma links am 2 8. Februar 2013 mit im MRI sichtbare n posttraumatischen Veränderungen des SL-Band es ohne sichere Ruptur, einer deutlichen Ulna plus-Variante und einer alten Fraktur des Processus

styloideus

u ln ae . Dr. A.____ gab an, die Schulter, der rechte Ellbogen und die rechte Hand sowie deren Fingergelenke seien unauffällig. Unauffällig sei auch der linke Ellbogen . Beim Handgelenk links sei die Beweglichkeit kaum eingeschränkt. Das Handgelenk sei jedoch sehr empfindlich. Bewegungen würden sofort Schmerzen prov ozieren und zwar praktisch in alle n Richtungen. Inspektor isch bestehe wahrscheinlich eine ulna plus-Variante mit prominentem Ulnaköpfchen , palpatorisch bestehe eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit über dem gesamten distalen Unterarm, sei es über den Knochen oder über den Weichteilen. Auch die MCP-Gelenke III und IV seien sehr druck empfindlich, aber frei mobilisierbar und ohne Hinweise für eine Arthritis. Die

Interphalangealgelenke seien ebenfalls empfindlich und beim Durchstrecken schmerz ex azerbierend . Die MCP-Gelenke II und V seien unauffällig. Dr. A.____ führte weiter aus, die Schmerzsymptomatik sei derart diffus gewesen , dass sie diese nicht eindeutig habe zuordnen können. Sie habe der Beschwerdeführerin deshalb eine weitere Abklärung mittels MRI empfohlen, das nun die obgenannten Befunde zeige. Therapeutisch habe sie der Beschwerdeführerin Ergotherapie empfohlen und sie ausserdem instruiert, die Finger regelmässig durch zubewegen , weil sonst eine Einsteifungstendenz der Fingergelenke bestehe (Urk. 9/27).

Mit Schreiben vom 2 2. April 2013 überwies Dr. A.____ die Beschwerde führerin an die Klinik E.____ , mit der Diagnose

Handgelenksdistor s ions trauma links am 2 8. Februar 201 3. Als Differenzialdiagnose nannte sie eine höhergradige SL-Bandverletzung sowie ein beginnendes CRPS und bat um Beur teilung dieser Differenzialdiagnosen (Urk. 9/28). 3. 5

Dr. med. F.____ , Assistenzärztin, und PD Dr. med. G.____ , Klinik E.____ ,

stellten im Bericht vom 2 4. Mai 2013 die Diagnose Status nach Handgelenks distorsionstrauma links am 2 8. Februar 2013 (Urk. 9/35). Sie gaben an , es sei zu keinem Sturz und zu keiner direkten Kontusion des linken Handgelenkes gekommen; der genaue Vorgang sei jedoch unklar. Bei der Untersuchung stell ten sie fest, dass das Integument intakt sei. Es sei en kein Hämatom und keine Rötung sichtbar. Im Vergleich zur Gegenseite sei eine Schwellung über dem Processus

styloideus

ulnae

zu erkennen . Es bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz über dem dorsalen DRUG sowie entlang des Metacarpale III und IV sowie der PIP-Gelenke III und IV . Der Faustschluss sei nicht möglich , was am ehesten auf die einmonatige Ruhstellung in der Langfingerschiene zurückzuführen sei . Die Langfingerstreckung sei intakt. Endgradige Bewegungen seien im dorsalen DRUG ausgeprägt schmerzhaft. Es bestehe eine Dysästhesie im gesamten Handbereich . Der Faustschluss nach Jamar betrage links (dominant) 1 Kilogramm, rechts 22 Kilogramm, der Schlüsselgriff links 2 Kilogramm und rechts 8,5 Kilogramm sowie der Pinchgriff links 1 Kilogramm und rechts 8 Kilogramm.

Die E.____-Ärzte gaben an, in der gleichentags durchgeführten konventionell radiologischen Untersuchung der linken Hand zeige sich wie bereits in der MRT-Untersuchung vom 28. März 2013 ein alter Abriss des Processus

styloideus

ulnae sowie eine leichte Abkipfung des distalen Radius nach dorsal (am ehesten posttraumatisch) und eine Ulna-Plus-Variante. In der ebenfalls durchgeführten Sonographie sei die Darstellung der Weichteile im Bereich der Schmerzangabe der Patientin unauffällig gewesen . Die klinischen und sonographischen Untersuchungen hätten eine ausgeprägte Instabilität im linken DRUG ergeben , was jedoch zurzeit keine Beschwerden verursache. Bei aktueller Unmöglichkeit eines Faustschlusses linksseitig werde die Ergotherapie N.____ um Bearbeitung der bisherigen Langfingerschiene gebeten, so dass die MC-Gelenke frei liegen würden und somit unter ergotherapeutischer Anleitung eine Mobilisation der Langfinger möglich sei. Ansonsten könne aus handchirurgischer Sicht der Patientin zum aktuellen Zeitpunkt keine weitere Therapieoption angeboten werden. Falls im Verlauf persistierende Beschwerden bezüglich der Instabilität im DRUG vorhanden sein sollten, müsste eine Reevaluation bezüglich einer operativen Versorgung dieser Instabilität stattfinden. Ansonsten sei keine weitere Verlaufskontrolle geplant. 3. 6

Dr. med. Z.____ , beratender Arzt der Beschwerdeführerin, beantwortete am 2.

Juli

2013 Fragen zum natürlichen Kausalzusammenhang . Er verwies auf die Ausführungen der Klinik E.____ zum MRT vom 28. März 2013, wonach eine alte Fraktur ersichtlich sei. Den vorliegenden Unterlagen seien keine Hinweise für durch den Vorfall vom 28. Februar 2013 verursachte relevante makrostrukturelle Läsionen zu entnehmen – bereits bei der Besprechung vom 18. Juni 2013 hatte er angegeben , alle Befunde müssten vorbestehend sein beziehungsweise seien wahrscheinlich auf die Fraktur (früherer Unfall) zurückzuführen (Urk. 9/40) . Eine richtungsgebende Verschlimmerung des unfallfremden Vorzustandes habe somit überwiegend wahrscheinlich nicht stattgefunden und es handle sich vielmehr um eine vorübergehende Verschlimmerung in Sinne einer schmerzhaften Aktivierung. Es sei anhand der Unterlagen unklar, was die Ursache für die von der Versicherten nach wie vor angegebenen Beschwerden sein könnte. Deshalb seien von handchirurgischer Seite her nach einer einmaligen Konsultation vorderhand auch keine weiteren Kontrollen mehr vereinbart worden. Dr. Z.____ führte aus, es wäre – da nicht erkennbar sei, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 28. Februar 2013 relevante makrostrukturelle Verletzungen zugezogen habe – ein Beschwerderückgang in wenigen Wochen zu erwarten gewesen. Die vom Versicherungsarzt

Dr. H.____ akzeptierte volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juni 2013 (vgl. Urk. 9/38) schein ihm schon sehr grosszügig bemessen (Urk. 9/42) . 3. 7

Die Hausärztin Dr. B.____

wies

in ihrem Schreiben an die Versicherung vom 1.

Juli 2013 auf ein Rehabilitationsdefizit hin (Urk. 9/54) . Sie bescheinigte der Beschwerdeführerin auf dem Unfallschein eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 28. Februar 2013

(Urk. 9/57). 3.

E. 3

im Wesentlichen auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 6. Mai 2014. Sie führte aus , die von der Beschwerdeführerin nach diesem Zeitpunkt geltend gemachten Beeinträchtigungen (CRPS [Chronic Regional Pain Syndrome] I und Karpal tunnelsyndrom) stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. Februar 2013, sondern beruhten ausschliesslich auf unfallfremden Faktoren (Urk. 2). Das Auftreten eines CRPS I innerhalb der für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten Latenzzeit von maximal acht Wochen sei anhand der beweis rechtlich relevanten medizinischen Berichte nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Im Weiteren stehe auch das Karpaltunnelsyndrom nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. Februar 2013 (Urk.

E. 8

Dr. med. I.____ , Facharzt für Neurologie , diagnostizierte am 7. Oktober 2013 Beweglichkeitseinschränkungen, eine Kraftminderung, Schmerzen im Handbe reich links sowie den dringenden Verdacht auf ein CRPS I , entstanden durch ein Distorsionstrauma der linken Hand im Rahmen eines Handgemenges vom 28. Februar 2013, sowie ein e durch das obige Bild entstandene motorische axonale Störung des N. medianus links (ENG-Befund) im Bereich des Karpal tunnels .

Er gab an, beim Ereignis vom 28. Februar 2013 habe der Täter nach Angaben der Beschwerdeführerin ihre linke Hand so massiv verdreht, dass sie die se seither nicht mehr benutzen könne. Sie habe unmittelbar nach der Tötlichkeit eindeutige Beschwerden an der linken Hand verspürt. Er beurteilte die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsunfähig und gab seinen Unmut über die Einstellung der Unfalltaggelder kund (Urk. 9/67).

Am 16. Dezember 2013 berichtete Dr. I.____ (Urk. 9/70), er habe am 12.

Dezember 2013 eine Verlauf s -ENG-Untersuchung durchgeführt und eine Verschlechterung festgestellt . Er habe diesmal auch eine leichtgradige Kompression des N. medianus links sowohl auf den motorischen als auch auf den sensiblen Fasern festgestellt. Ausserdem sei als neuer Befund ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts auf getreten, das auf die intensive Beanspruchung der rechten Hand zurückzuführen sei. 3.

E. 9

Dr. Z.____

nahm

6. Mai 2014 erneut zur Unfallkausalität Stellung (Urk. 9/82) . Er erklärte, das CRPS an der linken Hand sei nicht unfallbedingt – sofern überhaupt ein solches vorliege , denn selbst die zuletzt dokumentierten Befunde ergäben keine ganz klaren Anhaltspunkte für ein CRPS. Zudem seien die für ein CRPS typischen Symptome (etwa Haut- und Nagelveränderungen, eine Temperaturdifferenz , Schmerzen, eine Schwellung und Rötung etc.) nicht in der von der Rechtsprechung geforderten Zeit, das heisse innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall , aufgetreten. In den ersten Monaten nach dem Unfall hätten laut den vorliegenden Unterlagen keine Anhaltspunkte für ein CRPS bestanden. Zwar sei Ende April 2014 (richtig: 2013) der Verdacht auf ein CRPS geäußert worden, allerdings als Differenzialdiagnose. Dieser Verdacht habe jedoch in den vertieften Abklärungen nicht bestätigt werden können, nachdem die Versicherte am 13. Mai 2013 in der Handchirurgie der Klinik E.____ untersucht worden sei. Im Untersuchungsbericht vom 24. Mai 2013 seien keinerlei Befunde festgehalten, die für ein CRPS typisch wären. Hätten solche vorgelegen , wären sie sicher dokumentiert und ein CRPS zumindest in der Differenzialdiagnose in Betracht gezogen worden. Dass ein damals schon vorliegendes CRPS von den Handchirurgen verpasst worden sein könnte, sei aufgrund der doch fast immer sehr auffälligen klinischen Symptomatik kaum vorstellbar. Vielmehr habe nur eine lokalisierte Schwellung (über dem Processus

styloideus

ulnae) festgestellt werden können , während bei einem CRPS eine diffuse Schwellung der ganzen Hand zu erwarten wäre. Zudem sei die Haut als unauffällig beschrieben worden, so dass auch keine trophischen Störungen oder eine Temperaturdifferenz vorgelegen hätten . Dementsprechend sei die Diagnose eines CRPS denn auch nicht gestellt und nicht einmal in Betracht gezogen worden, sondern lediglich ein Status nach Handgelenksdistorsionstrauma links am 28. Februar 2013 diagnostiziert worden . Erst Dr. I.____

habe in seinem Bericht vom 7. Oktober 2013 erstmals erwähnt , dass nun klare Anzeichen eines CRPS I vorliegen würden. Wie einleitend erwähnt, seien aber auch die in seinem Bericht festgehaltenen Befunde nicht dergestalt, dass spontan an ein CRPS zu denken wäre.

Was das Karpaltunnelsyndrom (motorische axonale Störung des N. medianus) betreffe führte Dr. Z.____ aus, es sei festzuhalten, dass im Bericht von Dr. I.____ erwähnt werde, dass seit mehr als einem Monat Gefühlsstörungen (Kribbeln, Taubheitsgefühle) beständen. Das heisse, dass erst im August 2013, also frühestens sechs Monate nach dem Unfall, Symptome aufgetreten seien, die auf ein Karpaltunnelsyndrom hinweisen könnten. Vorher hätte n keine entsprechenden Symptome bestanden, insbesondere auch nicht bei der umfassenden Abklärung in der Handchirurgie der Klinik E.____ im Mai 2013. Bei einem Karpaltunnelsyndrom seien zudem Schmerzen und Sensibilitätsstörungen der Finger 1-3 (Daumen bis Mittelfinger) typisch. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen der Finger 3-4 (Mittel- und Ringfinger) passten demnach nicht sehr gut zu einem Karpaltunnelsyndrom. Es gebe zudem keine Hinweise darauf, dass ein allfälliges Karpaltunnelsyndrom in kausalem Zusammenhang zum hier zur Diskussion stehenden Unfall stehe. Wenn nämlich schon damals ein struktureller Schaden aufgetreten wäre, der zu einem Karpaltunnelsyndrom geführt hätte, wären die ersten Symptome viel früher, sprich innerhalb weniger Wochen aufgetreten. Somit sei es viel wahrscheinlicher, dass das

Karpaltunnelsyndrom unfallunabhängig aufgetreten sei, zumal die Versicherte seit Dezember 2013 nun offenbar eine identische Symptomatik auch an der rechten Hand aufweise, wo direkte unfallbedingte Faktoren zweifelsfrei keine Rolle spielten. Auch die Hypothese, das Karpaltunnelsyndrom rechts sei die Folge einer Mehrbelastung der rechten Hand zur Schonung der linken, sei doch weitgehend spekulativ und es fehle eine objektivierbare medizinische Grundlage dafür. Demnach müsse auch dessen Auftreten rechts als spontanes und unfall unabhängiges Leiden bezeichnet werden. Dies gelte umso mehr, als die entsprechenden Symptome bei der Versicherten beidseits in kurzer Folge aufgetreten seien und nun mittlerweile beidseits vorliegen würden.

Dr. Z.____ hielt zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall lediglich eine Handgelenks- und Mittelhanddistorsion erlitten. Einen eindeutig objektivierbaren strukturellen Schaden habe der Unfall nicht verursacht. Der festgelegte Status quo sine per 30. Juni 2013, also gut vier Monate nach dem Unfall, sei daher nicht zu beanstanden. Die nun geltend gemachten Beeinträchtigungen (CRPS I und Karpaltunnelsyndrom links sowie Karpaltunnelsyndrom rechts) stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall, sondern seien unfallunabhängig. 3. 10

Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin,

berichtetete

am 3. Juni 2014 (3/4). Sie erhob den folgenden Lokalbefund: diskrete Hautatrophie auf der linken Seite des Handrückens, starke Druckschmerzen am Handgelenk und an MCP II-V, PIP und DIP II-V links, Extensionsdefizite, Einschränkung der Fauststellung 4 cm,

Allodynie, Hypästhesie auf Dermatome C8, Thenaratrophy sowie Tremor. Sie gab an, die Beschwerdeführerin leide seit dem Distorsionstrauma der linken Hand nach einer körperlichen Tätllichkeit eines Schuldners am 28. Februar 2013 an starken, immobilisierenden Handschmerzen. Aufgrund der anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde interpretierte sie das klinische Bild am ehesten im Rahmen einer Stabilisierung eines CRPS nach IASP-Diagnosekriterien. Die von der betreuenden Ergotherapeutin aufgenommenen Bilder der linken Hand zeigten ein typisches Bild im Stadium I eines CRPS. 3.

E. 11

Dr. A.____

gab im Bericht vom 2. Oktober 2014 an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 14/1) an, sie habe bereits früh den Verdacht auf ein beginnendes CRPS gehabt und deshalb die Patientin zur Beurteilung der strukturellen Läsion und auch zur Beurteilung hinsichtlich des CRPS an die Klinik E.____ zugewiesen. Aus dem Bericht der Klinik E.____ sei ersichtlich, dass offenbar nur eine strukturelle Beurteilung erfolgt und die Frage nach einem CRPS übersehen und entsprechend auch nicht beurteilt worden sei. In einem Frühstadium falle ein CRPS nicht einfach ins Auge und müsse gezielt gesucht und diskutiert werden. Offensichtlich sei die Beschwerdeführerin kurz darauf nochmals beim Handchirurgen im Spital C.____ beurteilt worden. Es stelle sich die Frage, wie diese Beurteilung gelaute habe. 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist die Leistungseinstellung per 30. Juni 2013. Dabei steht insbesondere in Frage, ob die Beschwerdeführerin in jenem Zeitpunkt an einem unfallbedingtem CRPS I an der linken Hand litt (vgl. auch Urk. 1 Rz 2 und

E. 13

S.

1) . 4.2

Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für die Extremitäten betreffende Krankheitsbilder, die sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nerven auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor und wird in drei Stadien eingeteilt (I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie [irreversibel]). Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (zum Beispiel Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_955/2008 vom 29. April 2009 E. 6 mit Hinweisen).

Die Qualifikation eines CRPS, dessen Ätiologie und Pathogenese unbekannt sind, als Unfallfolge setzt rechtsprechungsgemäss die folgenden drei Kriterien voraus: a) Nachweis eines Körperschadens nach einem Unfall (beispielsweise in Form eines Hämatoms oder einer Schwellung) oder das Auftreten einer Algodystrophie nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation, b) Ausschluss anderer nicht traumatischer, ursächlicher Faktoren (wie zum Beispiel Zustand nach Myokardinfarkt, nach Apoplexie, nach/bei Barbiturat-Einnahme, bei Tumoren, bei Schwangerschaften etc.) sowie c) Kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Algodystrophie (bis maximal sechs bis acht Wochen; vgl. Urteile des Bundesgerichts U 436/06 vom 6. Juli 2007 E. 3.4.2.1, 8C_150/2008 vom 24. Juli 2008 E. 3.2.2 und 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.2.1).

Für die somit entscheidende Fragestellung, ob die für ein CRPS typischen Symptome ausweislich der echtzeitlichen medizinischen Akten innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall aufgetreten sind (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2013 vom 9. Oktober 2013 E. 6.2), kann auf die überzeugenden Stellungnahmen von Dr. Z.____ abgestellt werden (vgl. E. 3.6 und E. 3.9). Dr. Z.____ setzte sich mit der medizinischen Aktenlage differenziert auseinander.

Er legte unter Hinweis auf die im Bericht der Klinik E.____ dokumentierten Befunde sowie auf die auch über ein Jahr nach dem Unfall immer noch nicht eindeutige Befundlage nachvollziehbar dar, dass ein allfälliges CRPS bei

der linken Hand

überwiegend wahrscheinlich nicht kausal auf den Unfall vom 28.

Februar 2013 zurückzuführen ist. 4.4

Die von der Beschwerdeführerin gegen die Expertise n von Dr. Z.____ vorgebrachten Einwände sind nicht geeignet, diese begründet in Zweifel zu ziehen .

Dass im Untersuchungsbericht der Klinik E.____

kein Bezug auf ein mögliches CRPS genommen wird , ist zwar angesichts der ausdrücklichen Feststellung im Überweisungsschreiben unbefriedigend . Daraus e contrario zu schliessen, die Ärzte hätten diese mögliche Ursache der Beschwerden während ihrer Untersuchung übersehen, überzeugt indessen nicht. Immerhin geht aus dem Bericht der Klinik E.____ deutlich hervor, dass keine CRPS-spezifischen Befunde erhoben wurden und auch keine andere Ursache für die nach wie vor bestehenden Schmerzen gefunden werden konnte. Die E.____ -Ärzte erachteten einzig eine Anpassung der Handschiene als notwendig, um den Faustschluss wieder zu ermöglichen. Ansonsten konnten sie keine Therapieoptionen empfehlen. 4.5

Richtig ist zwar der Hinweis, dass keine Berichte über die von der Hausärztin erwähnte Konsultation vom 30. April 2013 bei Dr. med. K.____ , leitender Arzt Handchirurgie , Spital C.____ , aktenkundig sind (vgl. Urk. 9/30). Die vorhandenen Dokumente, namentlich die Ergotherapieverordnungen von Dr. K.____ , lassen allerdings auch nicht erkennen , dass er von einem CRPS ausging. In der Verordnung vom 21. Mai 2013 wies

Dr. K.____

auf eine Schmerzverarbeitungsstörung

nach Finger- und Handgelenksdistorsion vom 28. Februar 2013 hin und fügte – entsprechend den Ausführungen der Hausärztin – an „fraglich: CRPS“

(Urk. 9/36) . In der Verordnung vom 1. Juli 2013 taucht e

das CRPS dann gar nicht mehr

auf. Dr.

K.____ ging zu diesem Zeitpunkt von einem Rehabilitationsdefizit der linken Hand bei einem Status nach Distorsionstrauma (Handgelenge) vom 28. Februar 2013 aus (Urk. 9/55). 4.6

Eine eindeutige Ursache für das Rehabilitationsdefizit konnten die verschiedenen Fachärzte, welche die Beschwerdeführerin im Nachgang zum bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfallereignis konsultierte , offenbar nicht finden. Dr. A.____

wies auf eine diffuse Schmerzsymptomatik hin . Dr. K.____ ging offenbar

von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus. Die Ärzte der Klinik E.____ konnten bei einem Status nach Handgelenksdistorsionstrauma links am 28.

Februar 2013 keine Therapieoptionen empfehlen. Erstellt ist mit den Röntgen- und MRI-Bildern ein alter Abriss des Processus

styloideus

ulnae – hier bestand bei der Untersuchung in der Klinik E.____ auch eine leichte Schwellung – sowie eine leichte Abkipfung des distalen Radius nach dorsal (am ehesten

posttraumatisch) und eine Ulna -Plus-Variante. Ob die Veränderungen beim SL -Band ebenfalls auf die alte Fraktur oder auf den Vorfall vom 28.

Februar 2013 zurückzuführen sind, beurteilten die Ärzte offenbar unterschiedlich

(vgl. E. 3.4 , E. 3. 5 und E. 3. 6); diese scheinen für das Beschwerdebild

aber auch keine wesentliche Rolle zu spielen (vgl. E. 3. 5) . 4.7

Zutreffend ist, dass im Laufe der unergiebigsten Abklärungen auch

erwogen wurde , ob allenfalls ein CRPS für die Schmerzen verantwortlich sein könnte. Einzig diese Verdachtsdiagnose, die sich nicht erhärtete, kann aber nicht als überwiegend wahrscheinliche Ursache für die anhaltenden Beschwerden gelten . Selbst aus den lange nach den massgebenden sechs bis acht Wochen ergangenen – und insofern nicht mehr ganz zentralen – Berichten

geht die Diagnose eines CRPS nicht eindeutig hervor . Dr. J.____ gab in ihrem Bericht vom 3. Juni 2014 an , aufgrund der anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde interpretiere sie das klinische Bild am ehesten im Rahmen einer Stabilisierung eines CRPS nach IASP-Diagnosekriterien. Ein eindeutiges Bild scheint auch sie nicht gewonnen zu haben. So gab auch das

MRI, das sie am 15. Mai 2014 in der Klinik E.____

anfertigen liess, keine Hinweise auf ein CRPS (Urk. 3/4 S.

3) . Dr. I.____

äusserte

im Oktober 2013, über ein halbes Jahr nach dem Unfall ,

zunächst den dringenden Verdacht auf ein CRPS . Hernach ging er in im Bericht vom 16. Dezember 2013 (Urk. 9/70) ohne weitere Erklärungen dazu über, dieses als klar vorauszusetzen („Die Beschwerden beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom der li . Hand, welches sich nach einem Handgelenk am 28.02.13 entwickelt hat,“). In seinen Berichten stützt er sich massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Eigene CRPS-spezifischen Befunde erhob er kaum (vgl. E.

3. 9) .

Würden die von der Beschwerdeführerin eingereichten Bilder vom 4. April 2013 (Urk. 3/3b und Urk. 3/3c) CRPS- relevante Befunde erkennbar machen , wie etwa eine typische Schwellung, dann wären diese Befunde auch im Bericht von Dr.

A.____ , welche die Beschwerdeführerin am 2. April 2013 untersucht hatte (vgl. Urk. 9/27), beschrieben worden . Zudem zeigen bereits die erheblichen Differenzen zwischen den Schwarz weiss - und den Farbausdrucken sowie zwischen der Seiten- und der Draufsicht (vgl. Urk. 3/3b und Urk. 14/3) , dass ein Schluss von diesen Bildern – die auch keinen Vergleich mit der rechten Hand zulassen – auf diagnoseerhebliche Befunde

höchst fragwürdig wäre . Keine spezifischen Hinweise auf ein CRPS sind denn auch dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Email des Ergotherapeuten L.____ der Praxis Ergotherapie M.____

an die Hausärztin Dr. B.____ vom 19. September 2013 zu entnehmen (Urk. 3/3a). Anzumerken bleibt, dass der Ergotherapeut offenbar davon ausging, dass im September 2013 eine Arbeitsaufnahme (zumindest teilweise) wieder möglich gewesen wäre. Offenbar konnte auch die Hausärztin (spätestens) im September 2013 keine unfallbedingte Ursache für die Arbeitsunfähigkeit mehr ausmachen (Urk. 14/2 S. 2

i.V.m. Urk. 9/67) . 4. 8

Bei dieser Sachlage ist es angesichts des an sich banalen Unfalls mit vorbestehenden Befunden

nicht zu kritisieren, wenn die Beschwerdeführerin gestützt auf die Akteneinschätzung ihres Vertrauensarztes zum Schluss kam, die persistierenden Beschwerden der Beschwerdeführerin seien überwiegend wahr scheinlich ab 1. Juli 2013 nicht mehr auf den Unfall vom 28. Februar 2013 zurückzuführen. 4. 9

Erstellt ist zudem, dass das von Dr. I.____

und Dr. J.____

diagnostizierte Karpal tunnel syndrom (motorische axonale Störung des N. medianus), zuerst links und zunehmend auch rechts (vgl. Urk. 3/4 und Urk. 9/70), nicht als unfallkausal anzusehen ist. Dr. J.____ stellte diese Diagnose denn auch nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Februar 2013. Ein struktureller Schaden, der ein solches Syndrom hätte auslösen können, wurde nie ausgewiesen (vgl. E. 3. 9).

Dr. I.____

wies in seinen Berichten im Weiteren auf eine depressive Verstimmung hin (vgl. auch Urk. 14/2). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von „über 70 %“ führte er aber einzig auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin die linke Hand nicht mehr gebrauchen könne, zurück. Er scheint der psychischen Beeinträchtigung – die im Übrigen auch nicht sein Fachgebiet betrifft – somit in Bezug auf die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit keine Relevanz beizumessen. Anzumerken bleibt, dass der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Unfallhergang – der genaue Ablauf ist wie regelmässig bei einem Handgelenk nur schwer nachvollziehbar (vgl. auch Aussagen im Strafverfahren Urk. 9/41) – zu den leichten Unfällen zu zählen ist. Bei leichten Unfällen wird in der Regel praxisgemäss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen ohne weiteres verneint, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE

120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5. 5.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die mit Verfügung vom 28. Juli 2014 (Urk. 10) bestellte unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christina Ammann, aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 5.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne

Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird – auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung – namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 5 . 3

Der von Rechtsanwältin Christina Ammann mit Eingabe vom 6.

November 2015 geltend gemachte Aufwand von 21.58 Stunden (Urk. 19) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Nicht zu entschädigen sind zunächst die zusätzlich zu Besprechungen geführten,

nicht weiter erläuterten 39

Telefongespräche

mit der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann sowie die nach Einreichung der Replik geführten Besprechungen,

welche die Rechtsvertreterin auch zu keinen neuen Eingaben – zumindest nicht beim hiesigen Gericht – veranlasst haben. Nicht ersichtlich ist weiter die Notwendigkeit des Briefverkehrs mit der Beschwerdeführerin, namentlich im Jahr 2015, in welchem keine Prozessleitungsschritte mehr anfielen. Ausser Acht zu bleiben hat zudem das Telefonat mit der Allianz vom 12. Juni 2015, die im vorliegenden Verfahren nicht Partei ist.

Dass sodann zwei Fristerstreckungsgesuche mit 35 Minuten sowie die Rechnungsstellung mit 20 Minuten zum Anwaltstarif verrechnet werden, geht nicht an.

Angesichts der zu studierenden knapp 90 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der je fünfseitigen Beschwerdeschrift und Replik, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung, der im Tätigkeitsnachweis aufgeführten Barauslagen

(Urk. 19, Kopien werden zu Rp. 50 entschädigt) sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Christina Ammann

bei Anwendung des gerichtsblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer; die massgebenden Leistungen wurden im Jahr 2014 erbracht) auf Fr. 2'760.--

inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5 . 4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christina Ammann, Uster, wird mit Fr. 2'760.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - Visana
Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Beweismitel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin Gräub-Oertli

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