

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00183

vom 29. April 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00183

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00183 du 29 avril 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00183 del 29 aprile 2016

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

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 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U
172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 2

und

E. 2.1

Der – nach seinen Angaben am

9. Januar 2013 , nach jenen der Beschwerde führerin am

E. 2.2.1

Dr. med. B.____ , Leitender Arzt Chirurgie am Spital C.____ , übernahm in sei nem Bericht vom 2 9. April 2013 (Urk. 13/M2) betreffend Erstuntersuchung vom 2 6. April 2013 die vom Hausarzt gestellte Diagnose. Er verwies auf die initial nicht weiter stattgehabte ärztliche Beurteilung und die Überweisung seitens des Hausarztes aufgrund persistierender und aufflammender Schmerzen.

In der dynamischen Durchleuchtung sah er keine wesentlichen posttraumati sche n Veränderungen im Bereich des Metacarpophalangeal -Gelenks rechtsseitig bei Rhizarthrose Stadium II-III rechts. Er beschrieb eine deutliche Subchondral -Skle rose im Sinne der degenerativen Veränderungen am Metac a rphalangeal -Gelenk rechts. Linksseitig finde sich im Bereich der ulnaren Basis der Grund pha lanx ein kleines ossäres Fragment im Sinne eines Status nach ossärem

Skidau men bei ebenfalls leichten degenerativen Veränderungen im Gelenk.

Zu den Sonographie-Ergebnissen führte Dr. B.____ aus, über dem rechtsseiti gen Metacarpophalangeal -Gelenk zeige sich eine ausgeprägte Ergussbildung des Gelenks mit Unregelmässigkeiten der chondralen Bedeckung des Metacarpale köpfchens sowie eine deutliche Verdickung der Kollateralbänder ohne Kontinu itätunterbrechung . Palmarseitig bestehe eine ausgeprägte Gewebe-Vermehrung im Sinne der posttraumatischen Tendovaginitis. Linksseitig finde sich nur eine ger ingfügige Ergussbildung im Meta carpophalangeal -Gelenk bei radial intaktem Kollateralband. Ulnar finde sich der Status nach ossärem Abriss des Kollateral bandes , welches aber ebenfalls in Kontinuität stehe und dynamisch stabil er scheine. Palmarseitig zeige sich eine unauffällige Situation des Beugekanals.

In seiner Beurteilung hielt Dr. B.____ fest, in der Zusammenschau finde sich ein Status nach Trauma beider Daumen, links ein Status nach ossärem

Ski daumen , welcher spontan ausgeheilt sei ohne Instabilität. Rechts finde sich eine ausgeprägte posttraumatische Entzündungs-Reaktion des Gelenks und der Seh nenscheide der Flexor pollicis

longus -Sehne, welche aktuell mit Depot-Ste roi de n infiltriert worden sei.

E. 2.2.2

In den nachfolgenden Verlaufsberichten verwies Dr. B.____ (beziehungsweise Dr. med. D.____ , Leitender Arzt Neurologie am Spital C.____) auf weitere Infiltrationen und die (konservative) Therapie mit Salbe (Urk. 13/M3-M5), Fort schritte im Verlauf bei Fehlen von Schädigungszeichen im Rahmen der elektro physiologischen , neurologischen Beurteilung (Urk. 13/M6) sowie auf Fühlstö rungen der ulnaren drei Finger (ohne elektrodiagnostische Schädigungszeichen, Urk. 13/M7).

E. 2.3.1

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____, Facharzt FMH Chirurgie, Intensivmedizin, befand am 21. August 2013 (Urk. 13/M11) die aktuellen Beschwerden/Therapien sowie eine allfällige Operation nur teilweise als mit dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2012 in einem Kausalzusammenhang stehend. Er führte aus, die Aktivierung der MCP-I-Arthrose und eventuell die Tendovaginitis stenosans Strahl 1 rechts seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Der Unfall habe hier zu einer vorübergehenden Verschlechterung geführt, der Status quo sine dürfte aber nach acht Monaten erreicht sein.

Die Problematik mit den Sehnenknoten im Strahl 1-3 sei vorbestehend und nicht Unfallfolge. Diese Tendovaginitis stenosans-Probleme der Strahlen 1-3 verschlechterten sich möglicherweise wieder. Die Behandlung werde wohl weiter gehen, aber nicht mehr unfallbedingt. Eine allfällige Operation sei nicht unfallbedingt. Die Sensibilitätsstörungen im Medianus- und Ulnarisgebiet seien nicht Unfallfolge (Carpaltunnelsyndrom [CTS] beziehungsweise „Loge-de-Guyon“-Syndrom).

E. 2.3.2

Am 9. Oktober 2013 (Urk. 13/M12) verlängerte Dr. E.____ die Frist zur Terminierung von acht auf zwölf Monate und führte aus, die Folgen der Handverletzung könnten wirklich ein Jahr lang spürbar sein. Wenn der Hausarzt einen Vorzustand ohne Beschwerden in den Händen beschreibe (vgl. Urk. 13/M9), habe er bezüglich symptomatischer Vorzustände Recht. Es gebe jedoch auch asymptomatische Vorzustände wie hier z.B. Venenknoten in den Beugesehnen 1-3 rechts, welche bisher offensichtlich noch nicht zu Schmerzen geführt hätten, oder enge Verhältnisse im Carpal tunnel. Ebenso sei die Arthrose des Metacarpophalangealgelenks I sicher vorbestehend, wenn auch vor dem Unfall noch nicht symptomatisch. Der Unfall habe zu Gewebeschäden im Bereich der rechten Hand geführt, durch entsprechende Veränderungen wie Ödeme etc. seien vorbestehende Zustände symptomatisch geworden. Die durch den Unfall hervorgerufenen Schädigungen hätten jedoch eine natürliche Heilungstendenz, die teilweise sehr lang dauern könne.

Beschwerden, die mehr als ein Jahr nach dem Unfall immer noch persistierten, seien jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die vorbestehenden Zustände (Sehnenknoten, Arthrose des MCP-I rechts und enger Carpal tunnel) zurückzuführen. Diese anatomischen Vorzustände hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 27. Dezember 2012 zu den heutigen Beschwerden geführt.

E. 2.4

Im weiteren Verlauf beschrieb Dr. B.____ am 12. Dezember 2013 (Urk. 13/M15) eine wechselhafte Entwicklung im Bereich des rechten Daumens mit immer wiederkehrenden Schmerzen über dem palmaren MP-Gelenk. Neu träten ähnliche Beschwerden auch am linken Daumen auf.

Am 26. Februar 2014 (Urk. 13/M16) berichtete er dann über eine (von der Beschwerdeführerin geschilderte) langsam zunehmende Besserung der Gesamtsituation mit langsam vermehrter Ansteuerbarkeit der beiden Daumen mit aber noch deutlicher Belastungslimite. Zuletzt diagnostizierte Dr. B.____ eine chronische Tendovaginitis stenosans A1-Ringband Daumen rechts und Strahl

E. 2.5

Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerde gegnerin, erachtete mit Bericht vom 10. Juni 2014 (Urk. 13/M17) die Beurteilung von Dr. E.____ als nachvollziehbar und hielt fest, mit Sicherheit habe als Vorzustand bereits eine rechtsseitige Rhizarthrose bestanden, möglicherweise bis anhin asymptomatisch, aber durch das Unfallereignis aktiviert. Eine frische strukturelle Schädigung, die mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden könne, lasse sich nicht objektivieren. Es handle sich somit um eine Aktivierung einer vorbestehenden Rhizarthrose mit temporärer Verschlimmerung während maximal eines Jahres. Es bleibe auch zu bemerken, dass Rhizarthrosen ohne zusätzliches Unfallereignis praktisch immer kurz- bis mittelfristig aus eigener Dynamik heraus symptomatisch und behandlungsbedürftig würden.

Bereits im ersten Bericht des Dr. A.____ werde als Diagnose zudem eine posttraumatische Tendovaginitis stenans der Flexor pollicis

longus -Sehne rechts angegeben. Eine sofort stenosierende Sehnenveränderung aufgrund eines Unfallereignisses werde praktisch nie gesehen, sei unfallkausal äusserst unwahrscheinlich und basiere viel eher auf vorbestehenden Engnissen der Sehnen scheiden im Ringbandbereich. Dass im vorliegenden Fall mit zeitlichem Abstand ebensolche Veränderungen an den Fingern II und III aufgetreten seien, spreche für ein klar degeneratives krankhaftes Geschehen und könne nicht als Unfallfolge gewertet werden. Typischerweise sei eine solche Symptomatik zwischenzeitlich auch links aufgetreten, was die Vermutung einer krankhaft degenerativen Veränderung bestärke. An der linken Hand sei es offenbar zu einem knöchernen Ausriss des ulnaren Seitenbandes im MP-Gelenkbereich gekommen, wobei dieser Zustand gemäss handchirurgischer Beurteilung bei guter Stabilität abgeheilt sei.

Dr. F.____ fasste zusammen, unfallbedingt seien die zwischenzeitlich ausgeheilte ulnare Seitenbandverletzung am MP-I-Gelenk links sowie die Aktivierung einer vorbestehenden Rhizarthrose rechts, die erfahrungsgemäss über mehrere Monate bis hin zu einem Jahr Beschwerden verursachen könne. Darüberhinaus gehende diesbezügliche Beschwerden lägen aber in der normalen Biologie dieses Vorzustandes, der praktisch immer im Verlauf der Zeit aus eigener Dynamik heraus symptomatisch werde. Die aktuell noch vorliegenden Beschwerden, insbesondere von Seiten der stenosierenden Beugesehnen I bis III rechts und I links im A1-Bereich sowie die möglicherweise notwendige Weiterbehandlung der Rhizarthrose seien unfallkausal nicht mehr ausgewiesen. Der Status quo sine sei spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis erreicht.

E. 2.6

Dr. Z.____, welcher die Beschwerdeführerin am 22. September 2014 im Rahmen einer Zweitmeinung in seiner handchirurgischen Sprechstunde untersucht hatte, diagnostizierte im Bericht vom 26. September 2014 (Urk. 8) ein chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom der Hände beidseits (insbesondere der Dauermenstrahlen beidseits bei Status nach ausgedehntem Hyperextensionstrauma am 27. Dezember 2012). Er verwies auf die verschiedenen Therapieversuche, wobei sich die Beschwerdesituation eher verschlechtert habe. Auf den aktuellen Röntgenbildern sah er im Bereich der Langfinger einen unauffälligen Gelenkstatus sowie weite Daumensattelgelenke. Auffallend sei lediglich eine Ausziehung im Bereich der ulnaren Basis des MP-I-Gelenkes am Ansatz des

Kollateralbandes.

Dr. Z.____ führte aus, es handle sich um eine ausgeprägte Schmerzproblematik und auch um ein Hyperextensionstrauma beziehungsweise eine Distorsion der Hände beidseits vom 27. Dezember 2012. Klinisch finde sich nur eine leichte Reizung der Beugesehnscheide im Bereich des A1-Ringbandes und ein Status nach verheilten ulnaren

ossären Kollateralbandverletzung. Er beschrieb eine Verletzung des Gesamtsystems und letztendlich eine Schmerzverarbeitungsstörung aufgrund eines unfallkausalen Geschehens. Letztendlich finde er keine wirklichen degenerativen Veränderungen, die für die Beschwerden ursächlich sein könnten. Auch die milde Reizung des A1-Ringbandes sei nur für einen gewissen Teil der Beschwerdeproblematik zuständig. Er empfahl eine Ergotherapie zur Schmerztherapie und riet von operativen sowie infiltrativen Massnahmen ab, da hierdurch die Schmerzsituation eher noch verschlechtert werde. Er sei davon überzeugt, dass die Beschwerden im Rahmen des Unfalles hervorgerufen worden seien und auch heute noch durch den Unfall bestünden. Im Verlauf der kommenden zwölf Monate sollte eine deutliche Verbesserung der Schmerzsituation möglich sein.

E. 3

rechts sowie Daumen links, eine posttraumatische Aktivierung MCP-I-Arthrose rechts, eine oligosymptomatische Reizung Loge-de-Guyon und Carpal tunnel rechts, ein oligosymptomatisches

ulnocarpales

Impingement rechts bei Status nach ossärem Skidaumen links sowie bei Status nach Sturz auf beide Hände am 27. Dezember 2012.

E. 3.1

Aufgrund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem Unfall vom 12. Dezember 2012 an Beschwerden an beiden Daumen litt, während längerer Zeit in therapeutischer Behandlung war und sich der Verlauf durchzogen gestaltete. In objektiver Hinsicht förderte die dynamische Durchleuchtung – als Unfallfolge - einzig ein kleines ossäres Fragment im Sinne eines Status nach ossärem Skidaumen (Läsion des ulnaren Seitenbandes des Daumengrundgelenkes) links zu Tage. Die übrigen Befunde wurden als eindeutig degenerativ bedingt beschrieben (Rhizarthrose Stadium II-III, Subchondral-Sklerose). Die Sonographie bestätigte den Status nach ossärem Abriss des Kollateralbandes, welches indes stabil erschien. Ansonsten zeigte sich (rechts) eine Ergussbildung des Gelenks mit Unregelmässigkeiten der chondralen Bedeckung des Metacarpaleköpfchens sowie eine deutliche Verdickung der Kollateralbänder sowie palmarseitig eine ausgeprägte Gewebe-Vermehrung im Sinne der posttraumatischen Tendovaginitis.

E. 3.2

Die unfallbedingte Läsion des ulnaren Seitenbandes des Daumengrundgelenkes auf der linken Seite heilte schon bald ab, wobei eine gute Stabilität zurückblieb (E. 2.2.1 und E. 2.5). Die linke Seite bereitete der Beschwerdeführerin denn auch bald keine erheblichen Probleme mehr, vielmehr traten die Beschwerden auf der rechten Seite in den Vordergrund.

E. 3.3

Zur rechten Handseite ist vorwegzuschicken, dass im Zeitpunkt des Unfalls ein erheblicher Vorzustand bestand. So zeigte sich in den spezialärztlichen Untersuchungen vorweg eine

Rhizarthrose Stadium II-III rechts (E.

2.2.1). Dass sich diese unfallbedingt innert kürzester Zeit entwickelt haben sollte, wurde von keinem Arzt und auch nicht von der Beschwerdeführerin vorgebracht. Im Gegenteil bestätigte Dr. F.____ explizit den entsprechenden Vorzustand und verneinte das Vorliegen einer frischen strukturellen Schädigung (E. 2.5). Weiter zeigte sich eine Subchondral-Sklerose, welche von den Ärzten ebenfalls als vorbestehend (in Sinne von degenerativen Veränderungen am Metacarpophalangeal-Gelenk) interpretiert wurde (E. 2.2.1). Damit verbleibt als auf den Unfall zurückzuführende objektivierbare Beeinträchtigung die palmarseitige ausgeprägte Gewebe- Vermehrung im Sinne einer posttraumatischen Tendovaginitis (E. 2.2.1).

Der beratende Arzt Dr. E.____ ersah sodann eine Aktivierung der MCP-I-Arthrose und eventuell der Tendovaginitis stenosans Strahl 1 und befand , dies sei als auf den Unfall zurückzuführen. In objektivierbarer Hinsicht zeigte sich in Bezug auf die drei betroffenen Finger indes keine über die Vorzustände hinaus gehende Pathologie. Im Gegenteil konnte keine frische strukturelle Schädigung, die mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden kann, objektiviert werden (E. 2.5).

Die Hauptproblematik an der rechten Hand wurde von den Ärzten in der Tendovaginitis stenosans erblickt, wobei hierzu nachvollziehbar dargelegt und weder von einem beteiligten Arzt noch von der Beschwerdeführerin in Abrede gestellt wurde, dass die Problematik mit den Sehnenknoten im Strahl 1-3 vorbestehend und nicht Unfallfolge war (E. 2.3.1). Auch spricht die zeitliche Nähe (am selben Tag beziehungsweise nach knapp zwei Wochen erhobener Befund durch den erstuntersuchenden Dr. A.____ , E.

2.1) des Auftretens einer Tendovaginitis gegen eine Unfallkausalität, was Dr. F.____ nachvollziehbar darlegte (E.

2.5). Auch die Arthrose des Metacarpophalangealgelenks I und der enge Carpal tunnel erscheinen als nicht durch den Unfall hervorgerufen (E. 2.3.2).

E. 3.4

Sämtliche Ärzte sind sich darin einig, dass der Unfall vom 27. Dezember 2012 zu einer Aktivierung des Vorzustandes geführt hat. In diesem Sinne ging vorweg Dr. E.____ davon aus, dass die Verletzung zu während eines Jahres spürbaren Schmerzen führen könne (E. 2.3.2), was Dr. F.____ bestätigte (E. 2.5). Eine widersprechende ärztliche Einschätzung findet sich in den Akten nicht.

E. 3.5

Soweit die Beschwerdeführerin einen Vorzustand in Frage stellt (Urk. 1 S. 2) ist darauf hinzuweisen, dass die beteiligten Ärzte einhellig von einem solchen ausgingen und dies auch ohne ältere bildgebende Untersuchungsergebnisse nachvollziehbar zu begründen vermochten. So ist namentlich in Bezug auf die diagnostizierte Rhizarthrose Stadium II-III rechts nicht ersichtlich, inwiefern sich diese innerhalb kürzester Zeit nach einem Unfall entwickeln könnte. Auch die übrigen geschilderten Vorzustände wurden schlüssig als solche gefasst .

Dass der knöcherne Ausriss des ulnaren Seitenbandes noch nicht abgeheilt sein sollte (Urk. 1 S. 2 f.), ergibt sich nicht aus den Akten. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Schmerzen verspürt, genügt jedenfalls nicht zur Annahme einer dauerhaften

(kausalen) Behandlungsbedürftigkeit. So bestätigte zuletzt Dr. Z.____ einen Status nach verheilten ulnaren

ossärer

Kollateralbandverletzung und ist keinem (jüngeren) Untersuchungsbefund zu entnehmen, dass weiterhin eine pathologische Situation vorliegt.

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich – unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. A.____ (Urk. 13/M9) - darauf hinweist, dass sie vor dem Sturz keine Schmerzen in den Händen gehabt habe (Urk. 1 S. 3), erschöpft sich diese Argumentation in der Figur „post hoc ergo propter hoc“, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies genügt indes rechtsprechungsgemäss nicht für die Annahme eines Kausalzusammenhangs (BGE 119 V 341 f. E. 2b/ bb).

Nicht zu beanstanden ist sodann, dass die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin keine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vorgenommen haben (vgl. den entsprechenden Vorhalt, Urk. 1 S. 4). Dass sich die Berichte der Dres. E.____ und F.____

in der Würdigung der Aktenlage und in medizinischen Erläuterungen erschöpft, schmälert den Beweiswert ihrer aussagekräftigen und anschaulichen Ausführungen nicht. Denn nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine reine Aktenbeurteilung beziehungsweise ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_908/2012 vom 29. Mai 2013 E. 4.2.1 mit Hinweis). Dies ist vorliegend der Fall.

E. 3.6

Damit bleibt es bei der Feststellung, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden spätestens nach einem Jahr nicht mehr in kausalem Zusammenhang zum Unfallgeschehen vom 27. Dezember 2012 standen. Diese – auf die Dres.

E.____ und F.____ abstellende - Schlussfolgerung steht im Einklang mit der übrigen Aktenlage, widerspricht doch kein behandelnder Arzt (substantiiert) und zeigen auch die bildgebenden Untersuchungsergebnisse ein eindeutiges Bild. So ergaben diese lediglich diskrete Befunde und namentlich keine Pathologie, welche die geklagten Beschwerden in diesem Ausmass erklären konnten (keine Sacroiliacfraktur, Urk. 13/M6; keine elektrodiagnostischen Schädigungszeichen, Urk. 13/M7; unauffälliger Röntgenbefund, Urk. 8). Im Gegenteil wurde zuletzt auf das Schmerzsyndrom verwiesen und eine Schmerzverarbeitungsstörung genannt (Urk. 8). Dies vermag in der Tat nicht zu erstaunen bei einer Versicherten, welche aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung seit Jahren vollumfänglich berentet ist. In der Unfallversicherung ist indes der Nachweis der Kausalität für die Leistungspflicht nötig, und die ist vorliegend nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall nicht mehr gegeben. Es liegen keine objektivierbaren Untersuchungsergebnisse vor, welche einen solchen Zusammenhang darlegen.

E. 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

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