

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00206

vom 14. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00206 du 14 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00206 del 14 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

Die 1957 geborene X.____ war seit dem 1. November 2011 bei der Y.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie der Suva am 2. Dezember 2011 melden liess, sie habe sich am 1. Dezember 2011 bei einem Treppensturz an der rechten Schulter verletzt (Urk. 9/1). Die noch am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.____ diagnostizierten eine Schulterkontusion rechts, eine Ellbogenkontusion und eine nicht dislozierte Nagelkranzfraktur

Dr. III Hand rechts (Bericht vom 27. Januar 2012, Urk. 9/20). Die Suva richtete Taggelder aus und kam für Heilbehandlungskosten auf (Schreiben der Suva vom 6. Dezember 2011, 9/4-7). Nachdem Kreisarzt Prof. Dr.

med. A.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 27. Januar 2014 eine ärztliche Beurteilung vorgenommen hatte (vgl. Urk. 9/145), stellte die Suva mit Verfügung vom 31. Januar 2014 ihre Leistungen per 28. Februar 2014 ein (Urk. 9/147). Die von X.____ am 17. Februar 2014 (Urk. 9/148) bzw. 30. Juni 2014 (Urk. 9/177) erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 9. Juli 2014 ab (Urk. 2).

E. 1.2

Mit Verfügung vom 16. Juli 2014 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, X.____ mit Wirkung ab März 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zu (Urk. 9/179 und Urk. 9/189/15-17).

E. 2

Am 11. September 2014 erhob X.____ durch Fürsprecherin Astrid Meienberg Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 9. Juli 2014 und beantragte, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab dem 1. März 2014 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % auszurichten und über allfällige weitere Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu befinden. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben oder es sei die Angelegenheit zur ärztlichen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Beat Frischkopf, beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2014 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 25. November 2014 (Urk. 12) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Anästhesiologie, von

der Schmerzkl. C.____ vom 5. November 2014 ein (Urk. 11), was der Beschwerdegegnerin am 26. November

2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

E. 2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 2.2

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 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). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch über den 28. Februar 2014 hinaus aufgrund der von ihr beklagten Beschwerden betreffend rechte Schulter und rechte Hand Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat. 2.

E. 3.1

Die noch am Unfalltag 1. Dezember 2011 erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.____ hielten bezüglich obere Extremität rechts als Befunde fest: keine Prellmarke, intaktes Integument, Druckdolenz über ventraler Gelenkkapsel, proximalen Humerus, Olecranon, PIP Dig. III (Urk. 9/20). Der Radiologiebefund bezüglich rechte Schulter vom 3. Januar 2012 (Urk. 9/26 S. 1) wurde beurteilt als Verdacht auf subacromiales

Impingement mit möglicherweise flachem, nicht durchgehendem Einriss Unterfläche der Supraspinatussehne im ansatznahen Bereich, leichte Bursitis subacromialis bei mässiger, hypertropher AC-Arthrose, keine Hinweise für eine traumatisierte Arthrose, keine Atrophiezeichen der Rotatorenmuskulatur. Im Bericht vom 27. Januar

2012 (Urk. 9/20) diagnostizieren die erstbehandelnden Ärzte daher eine Schulterkontusion rechts (anamnestisch Schulterluxation mit spontaner Selbstreposition), eine Ellbogenkontusion rechts und eine nicht dislozierte Nagelkranzfraktur Dig . III Hand rechts.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. Februar 2012 als Diagnosen fest: - Schulterkontusions- und Distorsionstrauma rechts am 1. Dezember 2011 mit im MRI Unterflächenriss der Supraspinatussehne und leichter Bursitis subacromialis - Fraktur distale Phalanx Dig . III rechts am 1. Dezember 2011

Im Spital Z.____ sei eine Fraktur ausgeschlossen und der Arm im Orthogilet ruhig gestellt worden. Nachträglich sei die Beschwerdeführerin informiert worden, dass sich im Röntgenbild doch noch eine nicht dislozierte Fraktur in der Endphalanx des 3. Fingers gezeigt habe.

Initial habe die Beschwerdeführerin sehr starke Schulterschmerzen gehabt, so dass aktive und auch passive Bewegungen kaum möglich gewesen seien. Zudem habe sie über Schmerzen in den Fingern II und III geklagt. Das nachträgliche Röntgen von Dig . II habe keine weitere ossäre Läsion gezeigt. Die nachträglich diagnostizierte Fraktur Dig . III sei in einer Stack'schen Schiene ruhiggestellt worden.

Im Verlauf sei die passive Beweglichkeit im rechten Schultergelenk zwar deutlich besser geworden, Aktivbewegungen hätten jedoch starke Schmerzen aus gelöst und die Rotatorenmanschetten -Tests seien nur eingeschränkt beurteilbar gewesen. Das darauf veranlasste Arthro -MRI habe einen Unterflächenriss der Supraspinatussehne sowie eine leichte Bursitis gezeigt. Sie verweist hierbei auf den Befund vom 3. Januar 2012 (Urk. 9/26).

Unter einer weiteren Physiotherapie sowie Schmerzmitteln sei der Verlauf immer noch schleppend gewesen, so dass Mitte Januar dann eine subacromiale Steroidinfiltration durchgeführt worden sei. Damit habe eine sehr deutliche Schmerzreduktion erreicht werden können. Sie attestierte ab 30. Dezember 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei 50%iger Leistungsfähigkeit (Urk. 9/25).

E. 3.3

und E.

3.15). Zwar hielt sie im Bericht vom 23. Dezember 2013 „posttraumatische Schulterschmerzen“ rechts fest (E. 3.15), führte jedoch nicht aus, ob zwischen dem Trauma und den Schulterschmerzen auch ein Kausalzusammenhang besteht.

Die Ärzte der F.____ Klinik hielten mit Bericht vom 18. Juni ebenfalls posttraumatische Schulterschmerzen fest (E. 3.5). Sie erklärten jedoch nicht bzw. nicht in nachvollziehbarer Weise, ob bzw. inwieweit die persistierenden Schulterbeschwerden unfallbedingt sind. Im Bericht vom 3. September 2012 (E. 3.6) führten sie aus, dass die Möglichkeit einer traumatischen Bicepssehnen -Pathologie bestehe, ohne sich jedoch weiter festzulegen. Auch im Bericht vom

14. Januar

2013, mit welchem sie den Sonografie-Befund der nicht-transmuralen Partialruptur anführten, machten sie keine Angaben, ob dieser Befund unfallkausal sei (E. 3.11).

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sich gestützt auf die vorliegenden Akten nicht in rechtsgenügender Weise feststellen lässt, ob bzw. in welchem Umfang die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden betreffend rechte Schulter noch durch das Unfallereignis vom 1. Dezember 2011 verursacht wurden, oder ob dieses – auch nicht als Teilursache – keine Rolle mehr spielt. 4.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass neben ihren Beschwerden der rechten Schulter auch ihre Beschwerden der rechten Hand durch das Unfallereignis vom 1. Dezember 2011 verursacht worden seien (Urk. 1 S. 5 ff.), namentlich beklagt sie, dass sie an einem CRPS leide (Urk.

E. 3.4

und E.

3.10), die Ärzte der Uniklinik H.____ (E. 3.12 und E. 3.14) und Dr. B.____ (E.

3.19) äusserten sich nicht zur Unfallkausalität der Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin. Auch Dr. D.____ machte keine ausdrücklichen Angaben zur Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden (E.

3.2, E.

E. 3.5

Am 15. Juni 2012 wurde die Beschwerdeführerin in der F.____ Klinik betreffend rechte Schulter untersucht. Die Ärzte der F.____ Klinik diagnostizierten: - posttraumatische Schulterschmerzen mit Verdacht auf lange Bicepssehnen-Teilruptur / Pulley-Läsion, intraartikuläre Rotatorenmanchettenpartialruptur - mögliches Outlet- Impingement bei Acromion-Form Typ Bigliani III mit subacromialer Enge

Klinisch und anhand der vorliegenden Bildgebung zeige sich ein Mischbild aus bestehender subacromialer Schmerzsymptomatik und auch vorliegender Bicepssehnenproblematik. Um weitere diagnostisch/therapeutische Sicherheit zu erlangen, hätten sie eine interartikuläre Infiltration mittels Triamcort, Rapido cain und Diprophos vorgenommen. Dies im Sinne einer diagnostisch/therapeutischen Testinfiltration zur Mitbeurteilung der langen Bicepssehnen-Problematik. Die Beschwerdeführerin werde sich in vier bis sechs Wochen erneut im Rahmen ihrer Sprechstunde vorstellen und über den Infiltrationserfolg berichten. In Abhängigkeit davon würden sie dann über gegebenenfalls operative Massnahmen entscheiden (Urk. 9/77).

E. 3.6

Mit Bericht vom 3. September 2012 erklärten die Ärzte der F.____ Klinik zuhanden der Beschwerdegegnerin, es liege nach wie vor eine deutlich verschlechterte glenohumerale Zentrierung und ein noch gestörter scapulothorakaler Rhythmus vor. Eine schmerzhafte Affektion der Bicepssehne sowie der ventralen Strukturen sei hierdurch denkbar. Aufgrund der Erfolge der bislang durchgeführten konservativen Therapie besprächen sie eine Intensivierung dieser Massnahmen, wenn möglich zweimal wöchentlich sowie in häuslicher Eigenübung. Grundsätzlich bestehe nach wie vor die Möglichkeit einer traumatischen Bicepssehnen-Pathologie (Urk. 9/85).

E. 3.7

Mit Stellungnahme vom 10. September 2012 erklärte Kreisarzt Prof. Dr. A.____, er sei mit der von den Ärzten der F.____ Klinik vorgeschlagenen Fortführung der Physiotherapie einverstanden. Die Beschwerden seien jedoch neun Monate nach dem Unfallereignis nicht mehr vollumfänglich auf das Unfallereignis, sondern auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Aus rein unfallbedingter Sicht sehe er keine Probleme bei der Wiedereingliederung (Urk. 9/86).

E. 3.8

Am 9. Oktober 2012 vertrat Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, unter Nennung der Diagnosen Schulterkontusion rechts mit Schulterluxation mit spontaner Selbstreposition und Ellbogenkontusion rechts die Ansicht, der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte, sei acht bis zwölf Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden (Urk. 9/89).

E. 3.9

Am 3. Dezember 2012 befand Kreisarzt Prof. Dr. A.____, die diagnostizierten Veränderungen des Schultergelenkes dokumentierten überwiegend degenerative Veränderungen. Eine vermutete, traumatisch bedingte Veränderung des Labrums könne nach Meinung der Ärzte der F.____ Klinik nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Physiotherapie solle fortgeführt werden. Falls in der nächsten Untersuchung keine wesentliche Besserung eintrete, sollte eine diagnostische Arthroskopie erfolgen (Urk. 9/96).

E. 3.10

Mit Bericht vom 14. Dezember 2012 erklärte der Handchirurg Dr. E.____, nach primär komplikationslosem Verlauf habe sich die Beschwerdeführerin im Oktober wieder wegen vermehrt Schmerzen am dritten Finger rechts gemeldet. Dort handle es sich um eine Tendovaginitis im Bereich des A1-Ringbandes. Am 26. Oktober 2012 sei eine lokale Infiltration vorgenommen worden. Danach sei die Beschwerdeführerin wieder beschwerdefrei gewesen. Dann seien wieder vermehrt Schmerzen im PIP-Bereich aufgetreten, wo sich jetzt eine leichte Arthritis finde. Von Seiten der Finger sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe wegen der Schulterbeschwerden, welche in der F.____-Klinik behandelt würden (Urk. 9/99).

E. 3.11

Die Ärzte der F.____ Klinik führten am 14. Januar 2013 eine Sonografie der rechten Schulter durch. Diese zeigte eine nicht-transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im Intervall mit Läsion des lateralen Pulley. Die übrige Rotatorenmanschette war intakt. Die Bicepssehne war ohne peritendinöse Flüssigkeit mit Inhomogenität im Sinne einer Degeneration proximal. Eine Bursitis subacromialis zeigte sich nicht. Das AC-Gelenk war unauffällig.

Die Beschwerdeführerin habe sich klar für das weitere konservative Vorgehen und gegen eine Operation ausgesprochen. Sie sei sich der vorliegenden Befundkonstellation voll bewusst. Die erzielten Fortschritte in der Behandlung seien für sie jedoch sehr motivierend und daher wünsche sie zum jetzigen Zeitpunkt definitiv keine Operation. Sie hätten heute ausführlich ihr Tätigkeitsprofil in der angestammten Tätigkeit besprochen. Weitere

Fortschritte in der Physiotherapie vorausgesetzt sollte bis in etwa zwei Monaten eine 100%ige Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit möglich sein. Dies sei auch das Ziel der Beschwerdeführerin (Urk. 9/101).

E. 3.12

Am 7. Juni 2013 wurde in der Uniklinik H.____ ein Arthro -MRI der Schulter rechts erstellt. Dabei zeigte sich eine Tendinopathie der Subscapularissehne (in der Beurteilung wird dagegen von Supraspinatussehne gesprochen) mit Unterflächenirregularitäten, jedoch ohne Nachweis eines Risses. Die Infrapipi na tussehne war intakt. Es waren kleine subkortikale Zysten am Tuberculum mi nus sichtbar. Es zeigte sich zudem eine Bizepstendinopathie . Das Labrum war un auffällig. Der glenohumerale Knorpel war regelrecht. Eine Synovialitis lag nicht vor. Das Volumen des Recessus

axillaris war normal. Eine verdickte Gelenks kapsel am Recessus

axillaris und im Rotatorenintervall lag nicht vor. Die Trochik der Rotatorenmanschettenmuskulatur war normal, ohne Verfettung oder Muskelödem. Es zeigten sich aber eine AC-Gelenkarthrose und ein vermehrter lateraler downslope des Acromions . Es lag zudem etwas vermehrte Flüssigkeit in der Bursa subacromialis / subdeltoidea vor (Urk. 9/123).

E. 3.13

Kreisarzt Prof. Dr. A.____ erklärte mit Stellungnahme vom 30. September 2013, die aktuell geltend gemachten Beschwerden seien nicht mindestens mit über wiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 1. Dezember 2011 zurück zuführen. Er sehe keine Indikation für eine Physiotherapie (Urk. 9/129).

E. 3.14

Am 13. Dezember 2013 wurde in der Uniklinik H.____ ein MRI Finger III rechts durchgeführt. PD Dr. med. I.____ , Leitender Arzt, kam zum Schluss, dass eine Reizung der PIP-Gelenke II und III mit Erguss sowie Weichteilödem periartikulär vorliege. Es zeige sich eine Verdickung und Signalalteration der Kollateralbänder dieser Gelenke. Es sei eine umschriebene Flüssigkeitsakkumulation an den Flexorensehnen , angrenzend an die Flexorensehnen , ohne sicheren Nachweis einer Läsion dieser Strukturen sichtbar. Die Flexorensehnen seien reizlos. Eine sekundäre Arthrose liege nicht vor. Es bestehe eine vollständige Konsolidation der Frakturen der Phalanx distalis III (Urk. 9/142).

E. 3.15

Am 23. Dezember 2013 berichtete Dr. D.____ der Beschwerdeführerin und hielt als Diagnosen fest: - posttraumatische Schulterschmerzen rechts mit anhaltender Impingementsymptomatik - Schulterkontusions- und Distorsionstrauma rechts am 1. Dezember 2011 - im MRI Unterflächenriss der Supraspinatussehne und leichte Bursitis subacromialis - Stauchungs- und Distorsionstrauma der Finger II und III rechts am 1. Dezember 2011 mit - Fraktur distale Phalanx Dig . III rechts und Distorsion PIP-Gelenk Dig . III - Distorsion PIP-Gelenk II

Anlässlich der Verlaufskontrolle anfangs November habe die Beschwerdeführerin über ein neues Distorsionstrauma der rechten Schulter berichtet. Dabei sei es zu einer massiven Schmerzverstärkung in der rechten Schulter gekommen. Die Untersuchung habe keine

Hinweise für eine grössere neue Rotatorenman schetten läsion gezeigt und sie sei eher von einer erneuten Zerrung ausgegangen. Sie hätten sich für ein abwartendes Vorgehen entschieden, da die Schmerzen inner halb der letzten zwei Wochen bereits regredient gewesen seien. Anfangs Dezember seien die neuen akuten Schmerzen vom letzten Ereignis fast wieder ab geklungen gewesen. Die Physiotherapie habe der Beschwerdeführerin wieder sehr geholfen. Was immer noch als stark störend empfunden worden sei, seien die Schmerzen und Funktionseinschränkung des Mittelfingers rechts. Im aktu ellen MRI vom 13. Dezember 2013 habe sich nun eine Reizung der PIP-Gelenke II und III mit Erguss und Weichteilödem sowie eine Verdickung und Signal alter ation der Kollateralbänder sowie eine umschriebene Flüssigkeitsan samm lung an den Flexorensehnen bestätigt. In absehbarer Zeit sei mit keiner Veränderung des Zustandes zu rechnen. Was die anhaltenden Schmerzen und die Bewe gungs einschränkung der Fingergelenke betreffe, finde sich im MRI ein klares Korrelat im Sinne eines Reizzustandes, aber ohne grössere strukturelle Läsion. Deshalb wäre ein Versuch mit einer funktionellen Ergotherapie sicherlich sinn voll und sie würde der Beschwerdeführerin eine entsprechende Behandlung vorschlagen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/141).

E. 3.16

Am 27. Januar 2014 nahm Kreisarzt Prof. Dr. A.____ eine Aktenbeurteilung vor, nachweislich der vielen bildgebenden Befunde habe zu keinem Zeitpunkt eine traumatische Läsion am rechten Schultergelenk belegt werden können. Somit sei bezüglich des rechten Schultergelenkes als Folge des Unfallereignisses vom 1. Dezember 2011 von einer Kontusion/Distorsion ohne traumatische struktu relle Läsion auszugehen. Im Gegenteil, die MRIs zeigten einen Vorschaden im Sinne degenerativerer Veränderung der Rotatorenmanschette , die vorbestehend gewesen seien. Somit sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbe steh enden Zustandes auszugehen. Der Status quo sine/ante sei sechs Wo chen nach dem Unfall erreicht worden.

Bezüglich der Verletzung Dig . III sei nachweislich des letzten MRIs vom 13. Dezember 2013 die distale Phalanxfraktur knöchern vollständig ohne struk turelle Läsion verheilt. Die darüber hinaus dokumentierten Veränderungen am Mittelfinger rechts seien krankheitsbedingt und nicht auf das Unfallereignis vom

1. Dezember 2011 zurückzuführen. Somit sei auch bezüglich des Mittelfin gers von einer vorübergehenden Verschlimmerung einer undislozierten

Nagel kranz fraktur

Dig . III rechts auszugehen. Der Status quo sine/ante sei drei Mo nate nach dem Unfallereignis erreicht worden (Urk. 9/145).

E. 3.17

Die Beschwerdeführerin wurde am 13. Februar 2014 von Dr. med. J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärzten Dienst (RAD) der IV-Stelle untersucht. Dieser nannte mit Bericht vom gleichen Tag als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisch persistierende, belastungsabhängig verstärkte, schmerzhaft Be wegungseinschränkung und Schwellung der Mittelgelenke des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand mit resultierender ausgeprägter Ge brauchsminderung der rechten Hand bei Zustand nach Stauchungs- und Distorsionstrauma Dig . II und III rechts am 1. Dezember 2011 ein schliesslich Endgliedfraktur – dringender

Verdacht auf CRPS - chronischer Bewegungs- und Belastungsschmerz rechte Schulter mit leichter Bewegungseinschränkung bei klinischer, kernspintomographisch bestätigter subacromialer

Impingementsymptomatik und Ansatzendi-nose

der Supraspinatussehne - akute, belastungsabhängig verstärkte Ischialgie rechts mit Wurzelreizsymptomatik rechts

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine chronische Zervikozephalgie bei Muskelhartspann im Schultergürtelbereich.

Es seien verschiedene somatische Gesundheitsschäden ausgewiesen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Der Gesundheitszustand sei im Moment noch nicht stabil und weitere medizinische Diagnostik sei erforderlich, zum Teil bereits veranlasst. Die genannten Diagnosen bedürften mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer intensiven medizinischen Behandlung über einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens neun bis zwölf Monaten. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Gebäudereinigerin, aber auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe seit März 2012, und vorerst bis auf Weiteres, eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes und damit auch der Arbeitsfähigkeit sei medizinisch-theoretisch nicht nur möglich, sondern auch zu erwarten, weshalb eine vorzeitige medizinische Neubeurteilung in knapp einem Jahr empfohlen werde (Urk. 9/157).

E. 3.18

Nach Einsicht in diesen Bericht erklärte Kreisarzt Prof. Dr. A.____ am 19. März 2014, nach Kenntnis der medizinischen Berichte und der MRI Hand und Schulter, in denen ausschliesslich unfallfremde Veränderungen beschrieben würden, verbleibe es bei seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2014. Im Übrigen seien die Frakturen der Langfinger reizlos verheilt, beschwerdeauslösend seien die degenerativen Veränderungen der DIP's und PIP's (Urk. 9/158).

E. 3.19

Dr. B.____ hielt mit Bericht an Dr. D.____ von 5. November 2014 als Diagnosen fest: - CRPS 1 (Budapest-Kriterien und anamnestisch erfüllt) bei Zustand nach häuslichem Treppensturz, Schulterprellung und Fraktur des Endgliedes Dig. III rechts - Verdacht auf lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Zustand nach Fuss-OP 1971 rechts, Zustand nach Hallux-OP rechts 1995, Zustand nach Fuss-OP links 1981, Zustand nach Morton-OP links 1995, Zustand nach Knie-OP rechts 1980 (Urk. 11) 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Prof. Dr. A.____. Betreffend die rechte Schulter führte Prof. Dr. A.____ zur Begründung, weshalb die geklagten Beschwerden nicht unfallkausal seien, im Wesentlichen an, dass nachweislich der vielen bildgebenden Befunde zu keinem Zeitpunkt eine traumatische Läsion am rechten Schultergelenk belegt werde (E. 3.16).

Wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht (Urk. 1 S.

4), wurde von den Ärzten der F.____ Klinik mit Sonografie vom 14. Januar

2013 eine nicht transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im Intervall mit Läsion des lateralen Pulley festgestellt (E. 3.11). Prof. Dr. A.____ äusserte sich nicht zu diesem

Befund. Es ist daher für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 14/05 vom 29. Mai 2006 E. 2.2), ob Prof. Dr. A.____ diesen Befund als durch das MRI der Ärzte der Uniklinik H.____ vom 7. Juni 2013, bei welchem keine Ruptur festgestellt werden konnte (E. 3.12), als überholt qualifizierte, ob er ihn nicht zur Kenntnis nahm oder ob er diesen Befund stillschweigend als nicht traumatischer Genese qualifizierte. Da eine Partialruptur der Supraspinatussehne grundsätzlich sowohl degenerativ wie auch traumatisch bedingt sein kann (vgl. beispielsweise Prof. Dr. F. Bonnaire, Begutachtung der Rotatorenmanschettenläsionen, in: Trauma und Berufskrankheit, Supplement 1 -2008; Urteil des Bundesgerichts 8C_656/2008 vom 13. Februar 2009) und die Beschwerdeführerin gemäss ihren Schilderungen beim Sturz vom 1. Dezember 2011 eine Schulterluxation mit spontaner Selbstreposition erlitt (vgl. E. 3.1 bzw. Urk. 9/20), was grundsätzlich ein geeigneter Mechanismus ist, um eine Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen (vgl. Prof. Dr. Bonnaire, a.a.O., S.

19), wären konkrete Ausführungen von Prof. Dr. A.____ zur Unfallskausalität für die Nachvollziehbarkeit seiner Einschätzung Voraussetzung gewesen.

Kreisarzt Dr. G.____ begründete seine der Beurteilung von Prof. Dr. A.____ analoge Einschätzung vom 9. Oktober 2012, dass acht bis zwölf Wochen nach dem Unfallereignis betreffend die rechte Schulter der Status quo sine erreicht sei (E. 3.8), in keiner Weise. Die Beurteilung von Kreisarzt Dr. G.____ kann daher nichts zur Erhellung des Sachverhaltes beitragen.

RAD-Arzt Dr. J.____ (E. 3.17), Dr. E.____ (E.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Erleidet eine versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 11

und Urk. 12). Die Beschwerdegegnerin stellte ein CRPS im Wesentlichen mit der Begründung, dass nur RAD-Arzt Dr. J.____

ein solches diagnostiziert habe und er diese Diagnose gar nicht begründet habe, in Abrede (Urk. 2 S. 5).

Dr. J.____ hatte mit Bericht vom 13. Februar 2014, somit etwas mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis vom 1. Dezember 2011, erstmals den Verdacht auf ein CRPS geäußert (E. 3.17). Während des laufenden Beschwerdeverfahrens diagnostizierte Dr. B.____ mit Bericht vom 5. November 2014 ein CRPS 1 (E. 3.19).

Die Beschwerdeführerin verletzte sich beim Unfall vom 1. Dezember 2011 an den Dig. II und III rechts, wobei sie sich am Endglied

Dig. III eine Fraktur und an den PIP-Gelenken Dig. II und III eine Distorsion zuzog (E. 3.3). Im Mai 2012 hielt Dr. D.____ fest, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin im rechten Mittelfinger erneut zugenommen hätten, insbesondere im PIP-Gelenk. Zudem lag

eine deutliche Schwellung und Rötung vor. Erst eine Infiltration brachte eine kurzzeitige Besserung (E.

3.3, Urk. 9/52). Im Juni 2012 klagte die Beschwerdeführerin gemäss Dr. E.____ weiterhin über persistierende belastungsabhängige Schmerzen im PIP III, weniger auch im PIP II (E.

3.4). Im Oktober 2012 suchte die Beschwerdeführerin aufgrund vermehrter Schmerzen wiederum Dr. E.____ auf (E. 3.10). Gegenüber den Ärzten der Uniklinik

H.____ klagte die Beschwerdeführerin im Dezember 2013 ebenfalls über persistierende Schmerzen im PIP III mit chronischer Schwellung (E. 3.14).

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfallereignis vom 1. Dezember 2011 über persistierende Schmerzen im PIP III klagte. Distorsionen und Frakturen sind grundsätzlich geeignete Verletzungen, um ein CRPS zu verursachen (vgl. Pschyrembel, 2012, S.

1875). In Anbetracht dessen, dass weder Dr. J.____ (E.

3.17) noch Dr. B.____ (E.

3.19) schlüssige Ausführungen zur Unfallkausalität des in Frage stehenden CRPS machen, er weist sich der Sachverhalt betreffend das von Dr. B.____ diagnostizierte n CRPS als ungenügend abgeklärt. Jedenfalls genügt die knappe Beurteilung von Dr. A.____, wonach die Beschwerden degenerativer Natur seien, (E. 3.18) nicht, um jegliche Unfallkausalität auszuschliessen. 4.3

Nach dem Gesagten

ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zur Beurteilung der Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin geklagten Schulter- und Handbeschwerden rechts nachvollziehbare medizinische Berichte einholt bzw. weitere Abklärungen vornimmt und hernach über den Leistungsanspruch neu entscheidet. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht), ist auf Fr. 2'000.-- festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheidet. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecherin Astrid Meienberg - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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