

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00106 vom 23. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00106

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00106 du 23 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00106 del 23 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, erfüllte seit 5. November 2011 die Anspruchs voraussetzungen zum Bezug einer Entschädigung der Arbeitslosenversicherung und war bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufs unfällen versichert (Urk. 13/2 Ziff. 8). Mit Schadenmeldung vom 27. Januar 2012 wurde mitgeteilt, dass X.____ am 25. Dezember 2011 beim Treppenhinaufsteigen gestolpert sei, sich dabei erst mit dem Kopf an der Wand gestossen habe und dann auf den Rücken gefallen sei und sich im Bereich der linken oberen Extremität Verletzungen zugezogen habe (Urk. 13/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung ; Urk. 13/3) und eröffnete der Versicherten am 30. Oktober 2012 die Einstellung der Taggeldleistungen vorerst per 30. November 2012 (Urk. 13/107) . Sie erbrachte aber weiterhin ihre Leistungen , nachdem sich die Versicherte am 15. Februar 2013 und am 20. Mai 2014 weitere n Operationen unterzogen hatte .

Mit Verfügung vom 14. Oktober 2015 stellte die Suva

die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 30. Oktober 2015 ein (Urk. 13/437). Die von der Versicherten am 17. November 2015 erhobene Einsprache (Urk. 13/439) wies die Suva mit Entscheid vom 18. März 2016 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invali d (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, In va lidity, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhan densein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der glei chen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten ge dacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es ge nügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Stö rung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungs recht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befin den hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Be gründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder über haupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfall fremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesund heitszustand, 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 unfall bedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialver sicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei 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. 1.5

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

5. Dezember 2011 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihren Entscheid (Urk. 2 S. 7) mit der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates FMH, der darlegt habe, dass bereits die Magnetresonanztomographie (MRI) vom 15. Juli 2011 diejenigen Raumforderungen in Höhe der L4/5 und L5/S1 vor dem Unfall vom 25. Dezember 2011 zeige. Im Vergleich zum aktuellen MRI vom 18. März 2015 könne der Status quo sine angegeben werden, wobei dieser spätestens am 29. Januar 2015 anzunehmen sei, weil an diesem Tag ein neurologisches Konsil von PD Dr. med. univ. Z.____, Fachärztin Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, einen klinischen und elektroneurologischen Befund ergeben habe, der dem neurologischen Vorbefund aus dem Jahre 2008 entspreche.

Es sei festzuhalten, dass vor der Operation vom 3. Januar 2012, keine richtunggebende unfallbedingte Verschlimmerung

bildgebend als ausgewiesen anzunehmen sei. Eine besondere Schwere mit einer Kräfteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen sei, eine Diskushernie zu verursachen, sei in Bezug auf das Ereignis vom 25. Dezember 2011 auch nicht anzunehmen, weshalb die Bandscheibenproblematik nicht durch das Unfallereignis verursacht oder richtunggebend verschlimmert, sondern bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall lediglich aktiviert worden sei. Der Unfallversicherer habe deshalb nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Es sei davon auszugehen, dass sich bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule die verursachte unfallbedingte Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens je doch nach einem Jahr, auf jenen Vorzustand zurückgebildet habe, der sich aufgrund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte. Damit sei aufgrund der Stellungnahme von Dr. Y.____ zu schliessen, dass der Status quo sine erreicht sei und somit der Fallabschluss per 31. Oktober 2015 nicht zu beanstanden (vgl. auch Urk. 12 S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte dagegen geltend (Urk. 1), auf den kreisärztlichen Bericht von Dr. Y.____ könne nicht abgestellt werden, da sich dieser nur mit Teilaspekten der Unfallfolgen befasse, namentlich den radiologisch ausgewiesenen Raumforderungen im Bereich L4/5 und L5/S1 sowie dem neurologischen Vorbefund, also der Frage, ob der Wirbelkanal grundsätzlich frei und die als eine der Symptome aufgetretene Parese behoben sei (Ziff. 7). Die übrigen Unfallfolgen, der schwierige Heilungsverlauf, die wiederholten Operationen und die damit verbundene Narbenbildung sowie die dauerhaft eingetretene Bewegungseinschränkung, seien nicht weiter thematisiert worden. Es sei nicht darauf eingegangen worden, inwiefern diese Elemente geeignet sein könnten, die Erfahrungstatsache umzustossen, dass nach ca. einem Jahr die verbleibenden Unfallfolgen nicht mehr adäquat durch den Unfall verursacht worden seien. Der medizinische Sachverhalt erweise sich damit als in der kreisärztlichen Stellungnahme ungenügend abgeklärt, weshalb mittels eines unabhängigen, multidisziplinären medizinischen Gutachten s abzuklären sei, ob die bestehenden Restbeschwerden noch adäquat kausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten oder, ob auch ohne das hier fragliche Unfallereignis eine Rückenversteifung hätte vorgenommen werden müssen (Ziff. 8 und Ziff. 9).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich des gemeldeten Unfalls vom 25. Dezember 2011 mit Wirkung ab 30. Oktober 2015 zu Recht verneint hat, weil zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis kein Kausalzusammenhang besteht, oder ob diese Beschwerden auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sind.

E. 3.1

Im Operationsbericht vom 15. Juli 2004 (Urk. 13/59) hielt PD Dr. med. A.____, Orthopädische Chirurgie FMH, die Indikation zum operativen Eingriff aufgrund einer therapierefraktären Lumboischialgie S1 links bei voluminöser Diskushernie L5/S1 links fest, wobei als durchgeführter Eingriff eine Interlaminotomie L5/S1 von links mit Neurospizerexposition L5/S1 von links mit subligamentärer Luxatentfernung und

intercorporeller Nachdekompression L5/S1 von links aufgeführt wurde.

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt FMH Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2008 (Urk. 13/48) ein intermittierendes radikuläres Reizsyndrom L5 links bei nachgewiesener Diskushernie mediolateral L4/5 mit Berührung der Wurzel im Recessus. Elektrodiagnostisch bestünden lediglich Zeichen eines moderaten chronisch neurogenen Umbaus, jedoch keine Hinweise für eine akute neurogene Läsion (S. 1). Beim jetzigen Zeitpunkt, wo praktisch nur Rückenschmerzen vorhanden seien, sei eine Indikation zur operativen Dekompression der Wurzel L5 nicht gegeben (S. 2). Anlässlich der elektrodiagnostischen Untersuchung vom 23. Oktober 2008 hielt er fest, insgesamt sei von einer moderaten chronisch neurogenen Läsion ohne Einschränkung der muskulären Funktion auszugehen (S. 3).

E. 3.3

Ein kontrastmittelverstärktes MRI vom 15. Juli 2011 (Urk. 13/427) zeigte eine Signalintensitätsabnahme und eine leichtgradige Höhenabnahme der 4. und 5. lumbalen Bandscheibe. Beide Bandscheiben wölbten sich breitbasig gegen den Spinalkanal hin und angrenzend an die 4. lumbale Bandscheibe bestehe eine Fetteinlagerung (Modic 2). Die übrigen Bandscheiben kämen regelrecht zur Darstellung. Bei Status nach Operation einer Diskushernie im Jahr 2004 bestehe auf Höhe LWK5/S1 im Vergleich zum 4. September 2007 ein konsanter Befund einer links mediolateral betonten breitbasigen Diskusprotrusion und einer konsekutiven Recessusstenose von S1 links. Auf Höhe LWK4/5 sei die links mediolaterale Diskushernie deutlich regredient. Es persistiere jedoch eine Recessusstenose von LWK5 links. Durch diese beiden Befunde seien eine L5-Reizung und eine S1-Reizung links möglich und es bestehe eine Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule (LWS).

E. 3.4

Im Bericht des C.____ vom 26. Dezember 2011 (Urk. 13/25) vermerkten die Ärzte, die Beschwerdeführerin berichte, am 25. Dezember 2011 die Treppe hinuntergestürzt zu sein und den Kopf an der Wand angeschlagen zu haben. Darauf habe sie starke Rückenschmerzen und drei Stunden nach dem Sturz ein Taubheitsgefühl entlang des linken Beins verspürt. Zudem habe sie initial Kopfschmerzen gehabt, was sich im Verlauf gebessert habe. Bewusstlosigkeit, Schwindel

oder Erbrechen hätten nicht bestanden und die Vorstellung im Notfall sei aufgrund der persistierenden Rückenschmerzen erfolgt.

Es wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin präsentiere sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, sei wach und allseits orientiert. Es bestünden eine Druck- und Klopfdolenz über dem thorakolumbalen Übergang und der LWS und eine diffuse Sensibilitätsminderung über das ganze linke Bein mit positivem Lasègue bei 30° und beidseits symmetrischen Reflexen sowie eine minime Kraftminderung der Fussflexion links. Prellmarken am Kopf seien nicht vorhanden, die Kalotte sei stabil, ohne Druckdolenz, ohne Klopfschmerz und es gebe keinen Hinweis auf Hirnnerven-Ausfälle. Thorax und Becken präsentierten sich ohne Prellmarken, seien kompressionsstabil und ohne Symphysen-Druckschmerz. Die Bildgebung des thorakolumbalen Übergangs, der LWS und der Beckenübersicht zeige keinen Anhalt für Frakturen.

E. 3.5

In einem MRI vom 27. Dezember 2011 (Urk. 13/30) ersah der zuständige Radiologe im Vergleich zur Voruntersuchung vom 15. Juli 2011 eine progrediente mediolinkslaterale Diskushernie L4/L5 bei im Übrigen stationären Befunden.

E. 3.6

PD Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulenchirurgie, schilderte im Bericht vom 28. Dezember 2011 an Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, er kenne die Beschwerdeführerin seit 2004. Damals habe eine Dekompression L5/S1 links vorgenommen werden müssen. Die Nachbehandlung sei etwas schleppend verlaufen, aber insgesamt habe sie sich dann gut erholt. Phasenweise habe er sie dann wieder kontrollieren müssen, letztmals im August 2011. Damals sei im MRI vom 15. Juli 2011 eine protrusive Discopathie links gesehen worden, welche mit einer Infiltration angegangen worden sei.

Jetzt habe sie sich am 28. Dezember 2011 vorgestellt und berichte, dass sie zwischenzeitlich noch ein Sturzereignis gehabt habe mit Schultertrauma und Kontusion der LWS. Es bestehe eine deutliche L5-Kompressionsproblematik bei Diskushernie L4/5 links mit stark dehydriertem Luxat entsprechend der fortgeschrittenen Bandscheibendegeneration. Wie weit eine unfallbedingte Verschlechterung vorliege, bleibe offen. Aufgrund der sensomotorischen Problematik sei eine baldige operative Dekompression zu empfehlen (Urk. 13/425 S. 2 f.).

E. 3.7

Dr. D.____ führte im Operationsbericht vom 3. Januar 2012 (Urk. 13/23) die klinische Diagnose einer akuten invalidisierenden Lumboischialgie mit Ausfallsymptomatik L5 links bei im MRI der LWS vom 27. Dezember 2011 gezeigter grosser nach kaudal luxierter Diskushernie L4/L5 links auf. Als Eingriff hielt er eine Hemilaminotomie, Foraminotomie, Neurolyse, Diskektomie L4/L5 links nach präoperativer B V - Höhenkontrolle fest.

Im Bericht vom 14. Juni 2012 (Urk. 13/71) wies der Arzt auf einen komplikationslosen postoperativen Verlauf hin. Es hätten keine Ischialgien mehr bestanden, jedoch immer noch eine deutliche L5-Schwäche links, so dass eine erneute Re-Diskektomie L4/5 links für den 15. Juni 2012 geplant sei. Sollte im Verlauf die Verbesserung nicht stattfinden oder gar belastungsabhängige lumbale Schmerzen auftreten bei zunehmender Osteochondrose L5/S1, käme eine Spondylodese in Frage, die dann nicht unfallbedingt sei.

E. 3.8

Im Austrittsbericht des E.____ vom 6. Mai 2012 über die Hospitalisation vom 5. bis 7. Mai 2012 (Urk. 13/103 S. 25-26, vgl. auch S. 20 ff.) vermerkten die zuständigen Ärzte die Zuweisung der Beschwerdeführerin am 23. April 2012 in die chirurgische Notfallstation aufgrund einer distalen sekundär dislozierten Radiusfraktur rechts, die sich die Beschwerdeführerin bei einem Streit mit ihrer Tochter am rechten Handrücken zugezogen habe. Sie wiesen auf einen komplikationslosen peri- und postoperativen Verlauf hin.

E. 3.9

Im Operationsbericht vom 15. Juni 2012

(Urk. 13/77) wies Dr. D.____ auf die am gleichen Tag durchgeführte Re-Hemilaminotomie mit schwieriger Neurolyse und Diskektomie sowie Foraminotomie L4/5 links hin. Der Hospitalisationsverlauf vom 14. Juni bis 20. Juni 2012 sei komplikationslos gewesen und

die Beschwerdeführerin habe gut mobilisiert und mit reizloser Wunde entlassen werden können (Urk. 13/76).

E. 3.10

Im Bericht des C.____ vom 9. Oktober 2012 (Urk. 13/103 S. 19) vermerkten die Radiologen aufgrund eines MRI vom selben Tag, zum Vergleich liege das konventionelle Röntgenbild vom 26. Dezember 2011 vor. Es bestünden eine Osteochondrose mit linksbetonter Diskusprotrusion L4/5 und knappem Kontakt zur Wurzel L5 links recessal und eine linksparamediane Diskushernie und Spondylarthrose auf Höhe L5-S1 mit möglicher Kompression der Wurzel S1 links recessal. Postoperativ bestehe eine Flüssigkeitseinlagerung dorsal bei Status nach Laminektomie auf Höhe LWK5 links.

E. 3.11

Im Austrittsbericht der F.____ vom 19. Oktober 2012 (Urk. 13/103 S. 2 bis S. 18) über den Aufenthalt vom 12. September bis 16. Oktober 2012 erwähnten die Ärzte vorwiegend nächtliche und bewegungsabhängige Schmerzangaben der Beschwerdeführerin an der LWS mit radikulärer Ausstrahlung ins linke Bein im Bereich Dermatome L5 und eine regrediente leichte Fuss- und Zehenheberparese (M4) links. Sie konstatierten, aus unfallkausalen Sicht sei die berufliche Tätigkeit als Allrounderin in einem Schwimmbad (Kasse, Küche) nicht mehr zumutbar. In anderen beruflichen Tätigkeiten sei eine sehr leichte, wechselbelastende Arbeit, ohne rein gehend oder stehend zu verrichtende Tätigkeiten, ohne häufige vorgeneigte Rumpfhaltung, ohne Tätigkeiten mit länger dauernder vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfhaltung und ohne unerwartete, asymmetrische Lastwirkungen, Vibrationsbelastung und Schläge bezüglich der Wirbelsäule ganztags zumutbar (S. 3).

E. 3.12

Dr. med. G.____, leitender Arzt Neurologie am E.____ berichtete am 16. November 2012 (Urk. 13/151 S. 3), die Beschwerdeführerin sei weiterhin durch lumboradikuläre Schmerzen im Dermatome L5 links und lokale Kreuzschmerzen sowie störende Parästhesien im genannten Dermatome und eine leichte Parese im entsprechenden Myotome geplagt. Im L5-Kennmuskel Tibialis anterior hätten sich erfreulicherweise keine aktiven Schädigungszeichen und nur leichte Zeichen der chronischen axonalen Schädigung gefunden, was insgesamt die Prognose für eine Remission der Parese unterstreiche.

E. 3.13

Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie, berichtete am 27. Februar 2013 (Urk. 13/160) über den Hospitalisationsverlauf vom 14. bis 23. Februar 2013 und wies auf einen Status nach zweimaliger Diskusdekompression L5/S1 bei Diskushernie und Plegie, initial komplett mit deutlicher Erholung, sowie Hemilaminotomie L4/L5 linksseitig hin. Am 15. Februar 2013 seien eine Hemilaminektomie L5/S1, eine interkorporelle Fusion L5/S1 beidseits mit zusätzlicher Rezidivdiskektomie L4/L5, ein Duraverschluss auf der linken Seite auf Höhe L4/L5, ein Mono PLIF L4/L5 und eine transpedunkuläre Fixation L4-S1 durchgeführt worden.

Auf Grund der zunehmenden Beschwerden und der erosiven Osteochondrose sei an eine erneute Dekompression nicht mehr zu denken gewesen, weshalb nun die Fusion und Revision auf den beiden Etagen vorgenommen worden seien. Die Beschwerdeführerin habe unmittelbar postoperativ sehr starke Schmerzen im Dermatome L5 auf der rechten Seite

gehabt, die sich dann im Verlauf deutlich gebessert hätten, so dass sie in gutem Allgemeinzustand habe nach Hause entlassen werden können.

E. 3.14

Im Bericht über die Computertomographie (CT) der LWS und die kontrastmittel verstärkte Magnetresonanztomographie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS) vom 8. Oktober 2013 (Urk. 13/223) vermerkte der zuständige Radiologe, die CT des thorakolumbalen Überganges und der LWS ergäben im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. Juni 2013 keine relevante Befundänderung und eine unverändert regelrechte lockerungsfreie Lage des intakten dorsalen und intervertebralen Spondylodeseinstrumentariums. Es bestünde keine neu aufgetretene Wirbelkörperdeformierung oder eine segmentale Wirbelsäulenfehlstellung bei bekannten dorsalen Fensterungsdefekten der Wirbelbögen mit geringgradiger ISG-Arthrose beidseits. Der Befund der HWS in der oberen Brustwirbelsäule (BWS) sei in dem MRT altersentsprechend normal und es bestehe in Hinsicht auf die klinische Symptomatik kein beweisendes Korrelat. Der postoperative Status und der Verlauf nach dorsaler und intervertebraler Spondylodese L4 bis SWK1 seien regelrecht und es sei kein akut pathologischer Befund des thorakolumbalen Überganges und der LWS vorhanden.

E. 3.15

Am 28. Mai 2014 (Urk. 13/276) berichtete Dr. H.____ über den Hospitalisationsverlauf vom 19. bis 26. Mai 2014. Bei einem Status nach dreimaliger Dekompression L5/S1, letztmalig mit zusätzlicher L4/L5 am 15. Februar 2013 seien am 20. Mai 2014 die Osteosynthesematerialentfernung (OSME) L4-S1 und eine Neurolyse L4 auf der linken Seite bei Status nach Duraleck erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe die Operation sehr gut überstanden. Sie weise eine neuropathische Symptomatik auf und habe einen leichten sensomotorischen Ausfall auf der linken Seite. Die Mobilisation sei frei, da die Stabilität gewährleistet sei, wobei die Wirbelsäule auf Grund der Operation nicht selbständig mobilisiert werden könne, weshalb noch Vorsicht geboten sei.

E. 3.16

Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS I.____ vom 10. Februar 2015 (Urk. 13/390 S. 1-41), welches im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle erstellt wurde, wiesen die Ärzte aufgrund von Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (S. 2) darauf hin, die Begutachtung erfolge auf Grund einer Erstanmeldung im Mai 2012 mit der Fragestellung, ab wann eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei (S. 21).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten sie fest (S. 21 ff.), für eine allgemeinmedizinisch, internistische Erkrankung ergäben sich keine Anhaltspunkte und diesbezüglich bestünden für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Badeanstalt und in Verweistätigkeiten keine Einschränkungen (S. 22).

Aus neurologischer Sicht (S. 23) sei insgesamt somit ein Status nach mehreren Operationen mit anhaltender lumbaler Schmerzsymptomatik zu konstatieren, ohne dass aus neurologischer Sicht derzeit radikuläre Schmerzanteile vorzuliegen schienen. Dies möge allenfalls bei höhergradiger Belastung und Provokation zeitweilig vorübergehend möglich sein. Versicherungsmedizinisch-neurologisch sei somit der lokale lumbale Rückenschmerz zu berücksichtigen. Diesbezüglich sei auf das orthopädische Fachgutachten zu verweisen. Eine neurologische zusätzliche Komponente mit Relevanz sei nicht zu eruieren.

Zusammenfassend ergäben sich keine quantitativen Einschränkungen, welche über die Bewertung im orthopädischen und psychiatrischen Fachgebiet hinausgingen.

Der zuständige Orthopäde erhob (S. 25 unten und S. 26) während der aktuellen Begutachtung eine erkennbare Unmöglichkeit für langes Sitzen. Die Beschwerdeführerin müsse ständig die Position wechseln. Daneben finde sich ein Gangbild mit abgeschwächtem Zehen- und Fersengang links. Die LWS-Beweglichkeit sei bei einem Status nach Spondylodese, aber auch schmerzbedingt, um zwei Drittel eingeschränkt und es zeigten sich starke Ausweichbewegungen. Im Bereich der LWS seien lokale Druckdolenz sowie ein leichter paravertebraler Hartspann zu verzeichnen und die Kraft im linken Bein sei deutlich abgeschwächt. Der Grosszehen-/Fussheber links sei abgeschwächt, die Reflexe nicht klar beurteilbar und der Lasègue beidseits negativ, wobei die Beschwerdeführerin links ein Spannungsgefühl angebe. Es bestehe eine Hyposensibilität im Bereiche des lateralen Unterschenkels links über dem Fussrücken nach lateral ziehend. Der übrige orthopädische Status sei unauffällig. Die Beschwerden im Bereich der HWS seien teilweise objektivierbar.

E. 3.17

Im Austrittsbericht der F.____ vom 11. Februar 2015 (Urk. 13/ 325) über den Aufenthalt vom 5. Januar bis 6. Februar 2015

wiesen die Ärzte darauf hin, dass während der ambulanten Rehabilitation punkto Kreuzschmerzsymptomatik keine Fortschritte hätten erzielt werden können und deshalb keine weiteren physiotherapeutischen Massnahmen vorgesehen seien (S. 2). Zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus unfallkausalen Sicht führten sie aus, die berufliche Tätigkeit als Schwimmbadangestellte (für Küche und Kasse) sei nicht zumutbar und die Anforderungen mit wiederholtem Hantieren von Lasten von leicht bis mittelschwer, wie Getränkekarassen aus der Küche holen, sowie mit mehrheitlich stehenden und gehenden Tätigkeiten seien zu hoch. Eine sehr leichte Arbeit mit speziellen Einschränkungen für die LWS, wechselbelastend, wahlweise stehend, gehend, sitzend und Stehen/Sitzen am Stück bis maximal etwa 30 Minuten, ohne Tätigkeit in länger dauernd vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition, sei ganztags zumutbar (S. 3).

Anlässlich des neurologischen Konsiliums legte PD Dr. Z.____ im Bericht vom 27. Februar 2015 (Urk. 13/337 S. 1 bis S. 4) dar, es finde sich konsistent an gegeben und reproduzierbar eine Hypästhesie im Dermatome L5 links, entsprechend dem Untersuchungsbefund durch Dr. G.____ (vgl. E. 3.12 hier vor). Entsprechend dessen Befund seien auch diesmal in der Kennmuskulatur L5 keine aktiven Schädigungszeichen zu finden und mit überhöhten Amplituden zeigten sich lediglich die Zeichen eines abgelaufenen regenerativen Prozesses ohne Hinweis auf eine akute axonale Schädigung. Auch in der Kennmuskulatur S1 zeigten sich vereinzelt Amplituden überhöhter Potenziale, die auf einen regenerativen Prozess hinwiesen ohne Anzeichen einer frischen axonalen Läsion. Gemäss neurologischem Untersuchungsbefund entstehe der Eindruck einer unspezifischen Minderinnervation des linken Beines mit zum Teil fluktuierender Innervation und je nach Untersuchungssituation unterschiedlich erreichter Kraftgrade. Es ergebe sich insgesamt neurologisch und elektrodiagnostisch kein Hinweis auf eine radikuläre Schädigung, welche eine signifikante Beeinträchtigung der Beinkraft links aus neurologischer Sicht erklären könnte. Hingegen entstehe der Eindruck, dass die Sensibilitätsstörungen mit Schmerzen im L5-Dermatome auf die alten sabelradikuläre Symptomatik im Dermatome L5 zurückzuführen sei, welche

bereits 2012 durch Dr. G.____ festgestellt worden sei.

E. 3.18

Im MRI vom 18. März 2015

(Urk. 13/366) ersah der zuständige Radiologe eine vollständige Regredienz des vormaligen Seroms paramedian links dorsal der Laminektomie anliegend auf Höhe L4-S1. Im Übrigen bestünden stationäre postoperative Veränderungen mit entsprechenden lokalen Artefakten bei Status nach OSME einer dorsal instrumentierten Spondylodese L4-S1 so wie eines verbliebenen Cages im Bandscheibenfach L4/5 und L5/S1 und vor bestehenden geringen foraminale Stenosen im Segment L5/S1 links mehr als rechts mit fraglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 foraminal links. Es bestünden keine relevanten epifusionellen degenerativen Veränderungen (Urk. 13/366).

E. 3.19

Suva-Kreisarzt Dr. Y.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. September 2015 (Urk. 13/436) fest, aufgrund des MRI vom 15. Juli 2011, welches bereits diejenigen Raumforderungen in Höhe L4/5 und L5/S1 vor dem Unfallereignis vom 25. Dezember 2011 zeige, könne im Vergleich zum aktuellen MRI vom 18. März 2015 nunmehr der Status quo sine angegeben werden. Dieser sei spätestens mit Datum 29. Januar 2015 anzunehmen, weil an diesem Tag das neurologische Konsil von PD Dr. Z.____ einen klinischen und elektroneurographischen Befund ergeben habe, der einem neurologischen Vorbefund aus dem Jahre 2008, also drei Jahre vor dem Schadenfall vom 25. Dezember 2011, entspreche.

E. 4.1

Nach Lage der Akten leidet die Beschwerdeführer in seit Jahren unter degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule, wobei aufgrund therapieresistenter Lumboschmerzen und einer voluminösen Diskushernie auf Höhe L5/S1 bereits im Jahr 2004 eine operative Dekompression erfolgte (E. 3.1). Im Jahr 2008 wurde ein erneutes radikuläres Reizsyndrom L5 bei mediolateraler Diskushernie L4/5 nachgewiesen (E. 3.2). Weiterhin bestehende Beschwerden wurden mit einer Infiltration angegangen (E. 3.6), nachdem ein MRI im Juli 2011 eine mediolateral betonte breitbasige Diskusprotrusion, eine konsekutive Recessusstenose von S1 sowie auf Höhe LWK4/5 eine Diskushernie und eine Recessusstenose von LWK5 gezeigt hatte und eine mögliche Reizung der L5 und S1 gesehen worden war (E. 3.3).

Im Weiteren ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass sich aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Dezember 2011 weder klinische noch bildgebende Anhaltspunkte für Frakturen ergaben, die dem Unfallereignis zugeschrieben werden konnten (E. 3.4). Auch zeigte das MRI vom 27. Dezember 2011 im Vergleich zur Voruntersuchung vom 15. Juli 2011

lediglich eine progrediente mediolinklaterale Diskushernie L4/L5 bei im Übrigen stationären Befunden (E. 3.5).

Laut dem Operateur lag klinisch die Diagnose einer akuten Lumboschmerz mit Ausfallsymptomatik L5 links bei grosser nach kaudal luxierter Diskushernie L4/L5 links vor, weshalb er am 3. Januar 2012 operierte (E. 3.7). Aufgrund eines Rezidivs erfolgte am 15. Juni 2012 eine erneute nunmehr dritte Operation (E. 3.9), wobei sich zwischenzeitlich

die Beschwerdeführerin noch eine Radiusfraktur am rechten Handrücken zugezogen hatte, die im E. ___ versorgt wurde und folgenlos abheilte (E. 3.8 und Urk. 13/390 S. 19). Nach erneuten Beschwerden an der LWS wurde am 15. Februar 2013 eine operative Versteifung der Wirbelkörper L4-S1 vorgenommen (E. 3.12) wobei am 20. Mai 2014 die Entfernung des Osteosynthesematerials und eine Neurolyse auf Höhe L4 folgte (E. 3.14). Das anlässlich der MEDAS-Begutachtung erhobene postoperative Serom, aufgrund dessen aus orthopädischer Sicht eine reduzierte Restarbeitsfähigkeit von 60 % begründet wurde (E. 3.16), war gemäss MRI vom 18. März 2015 vollständig remittiert (E. 3.17).

E. 4.2.1

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem geltend gemachten Ereignis und dem Gesundheitsschaden wird in erster Linie mittels der Angaben medizinischer Fachpersonen geführt (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1). Im vorliegenden Fall bezweifelte Dr. A. ___, welcher die LWS-Beschwerden bereits Jahre vor dem Unfall ereignis behandelte, bereits im Dezember 2011 die Kausalität indem er ausführte, dass bei entsprechend fortgeschrittener Bandscheibendegeneration offen bleibe, inwieweit eine unfallbedingte Verschlechterung vorliege (Urk. 13/425 S. 2). Dr. D. ___ ging am 14. Juni 2012, nachdem er die Beschwerdeführerin zum zweiten Mal operiert hatte, davon aus, sofern im weiteren Verlauf keine Verbesserung stattfindet oder gar belastungsabhängige lumbale Schmerzen auftreten würden,

eine weitere Behandlung (Spondylodese) nicht mehr unfallbedingt sei (Urk. 13/71).

Sodann ergeben sich aus den medizinischen Unterlagen keinerlei Hinweise auf unfallbedingte Verletzungen an der Wirbelsäule. Ein objektivierbarer Bezug zwischen der im MRI vom 27. Dezember 2011 festgestellten Diskushernie mit Kompression der Nervenwurzel und dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Ereignis vom 25. Dezember 2011 fehlt.

Wie das Bundesgericht in Fortführung der Rechtsprechung des seinerzeitigen Eidgenössischen Versicherungsgerichts wiederholt festgehalten hat, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat sie nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun

Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_843/2014 vom 18. März 2015 E. 8.1 mit Hinweisen).

E. 4.2.2

An diesen Grundsätzen hat sich auch die Beurteilung der Frage nach der Unfallkausalität der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule zu orientieren. Demzufolge sind derartige Gesundheitsstörungen bloss ausnahmsweise unfallbedingter Genese. Gemäss Schilderung der Beschwerdeführerin ist sie am 25. Dezember 2011 beim Treppenhochgehen auf dem obersten Tritt gestolpert und mit dem Kopf voran in die Treppenhauswand geprallt und seitlich auf den Rücken gestürzt (Urk. 13/41). Von einer besonderen Unfallschwere lässt sich nach der Rechtsprechung etwa sprechen bei einem freien Sturz aus erheblicher Höhe, einem Sprung aus 10 m Höhe, einem Sturz beim Tragen von Lasten oder einem Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit. Es sind massivste Gewaltwirkungen auf den Körper notwendig (Urteil des Bundesgerichts 8C_811/2012 vom 4. März 2013 E. 6.2). Der vorliegende Unfall ist damit nicht vergleichbar, so dass nicht von einem Unfallereignis von besonderer Schwere die Rede sein kann. Unmittelbar nach dem Unfall vom 25. Dezember 2011 erfolgte auch keine ärztliche Betreuung, diese fand erst am Folgetag, dem 26. Dezember 2011 (Urk. 13/25), statt, was nicht darauf schliessen lässt, dass sie sogleich an einer akuten Symptomatik gelitten hätte. Dementsprechend wurde sie im C.____ nicht hospitalisiert, sondern lediglich mit Analgesie versorgt (Urk. 13/25 S. 2). Es ist den zeitnah zum Unfall verfassten Berichten auch nicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei ihren üblichen Verrichtungen beeinträchtigt gewesen wäre. Unfallbedingte Verletzungen an der Wirbelsäule, namentlich ein radiologisch ersichtliches Zusammensinken der Wirbel, wurden nicht dargestellt (vgl. dazu statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2010 vom 21. Mai 2010 E. 2.2).

E. 4.2.3

Im Lichte der vorerwähnten Rechtsprechung und mit Blick darauf, dass der kreisärztlichen Kausalitätsbeurteilung keine abweichenden

Einschätzungen

gegenüber stehen, die behandelnden Ärzte vielmehr bereits die Unfallkausalität zum operativen Eingriff vom 3. Januar 2011 als fraglich erachteten und unfallbedingte Behandlungen für weitere Eingriffe nach dem 15. Juni 2012 gar verneinten, sind die kreisärztlichen Feststellungen eines Status quo sine spätestens per 29. Januar 2015 nicht zu beanstanden. Dies gilt umso mehr, als die von der Rechtsprechung bei Diskushernien bei degenerativem Vorzustand zugestandene Leistungsdauer von längstens einem Jahr (E. 4.2.1) längst überschritten war. Denn der Kreisarzt Dr. Y.____ stütze sich unter anderem auf ein MRI vom 15. Juli 2011 ab, welches erstmals am 8. September 2015 Eingang in die Suva Akten gefunden hatte, und wies in Bezug auf die weiterhin persistierende Beschwerdesymptomatik nachvollziehbar auf den Vergleich der neurologischen Vorbefunde aus dem Jahr 2008 (vgl. E. 3.2) hin, die den aktuellen neurologischen Befunden (E. 3.17, vgl. auch E. 3.16) entsprechen. Hinzu kommt, dass aufgrund der aktuellsten Bildgebung auch eine vollständige Regredienz des postoperativen Seroms zu verzeichnen war, aufgrund dessen aus orthopädischer Sicht noch eine reduzierte Restarbeitsfähigkeit begründet worden war.

E. 4.3

Angesichts der klaren, umfassenden und auch widerspruchslösen medizinischen Aktenlage sind von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines weiteren Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b)).

Zusammengefasst gibt es zu keiner Kritik Anlass, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Dezember 2011 die daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeiten und Heilbehandlungen bis 30. Oktober 2015 anerkannte und darüber hinausgehende Leistungen abgelehnt hat. Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt.

Die Beschwerdeführerin ist nach ihren eigenen Aussagen mit ihrem geschiedenen Mann Miteigentümerin eines Einfamilienhauses (vgl. auch Urk. 13/390 S. 12 unten). Auf die Frage nach dem Verkehrswert der Liegenschaft im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit gab sie einen Wert von Fr. 241'000.-- an (Urk. 5 S. 4), der jedoch offensichtlich nicht den Verkehrs-, sondern den (tieferen) Steuerwert darstellt. Dies ist der entsprechende Deklaration in der Steuererklärung 2015 (Urk. 6/12 S. 4 Ziff. 31) zu entnehmen wie auch der im Schuldenverzeichnis auf Fr. 321'500.-- bezifferten Hypothek (Urk. 6/12 S. 19), deren Betrag praxismässig nicht höher liegt als der Liegenschaftswert. Die Darstellung der Beschwerdeführerin, der Verkauf der Liegenschaft sei unzumutbar (Urk. 1 S. 6 und Urk. 9), blieb gänzlich unbegründet und ihre Behauptung, eine Mehrbelastung des Wohnhauses sei nicht zumutbar, liess sie unbelegt. Allein das Entgegenkommen der Sozialhilfebehörde, ihre Guthaben einstweilen lediglich mittels Hypothek abzusichern (Urk. 10), vermag eine Unmöglichkeit einer Aufstockung der (Bank-)Hypothek durch die Beschwerdeführerin nicht zu belegen.

Rechtssprechungsgemäss darf von einem Grundeigentümer die Erhöhung der Hypothek verlangt werden (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 4D_41/2009 vom 14. Mai 2009 E. 3 und 8C_516/2014). Obwohl der Rechtsvertreter diese Frage aufgeworfen hat (Urk. 1 S. 6 und Urk. 9), wurde das Einreichen entsprechender Belege unterlassen.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin trifft im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege eine umfassende Mitwirkungsobliegenheit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 4A_264/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2 und 4A_403/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.2). An die klare und gründliche Darstellung der finanziellen Situation durch die gesuchstellende Person dürfen umso höhere Anforderungen gestellt werden, je komplexer die Verhältnisse sind (BGE 120 Ia 179 E. 3a). Das Gericht hat weder den Sachverhalt von sich aus nach

jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 4A_114/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.3.1).

Die durch ihren Rechtsvertreter fachkundig vertretene Beschwerdeführerin wurde im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten habe, und dass namentlich (auch) die Vermögenspositionen beispielsweise mit Verkehrswertschätzungen zu belegen seien (Urk. 5 S. 6). Dennoch hat sie ohne weitere Substantiierungsbemühungen davon abgesehen, den Verkehrswert der Liegenschaft entsprechend der gestellten Frage darzutun oder die Unmöglichkeit der Aufstockung der Hypothek auf der Liegenschaft nachzuweisen.

Sie ist daher ihrer Mitwirkungsobliegenheit bezüglich der Darstellung und Belegung ihrer Vermögenssituation unzureichend nachgekommen. In Anbeacht dieser prozessualen Nachlässigkeit ist ihr keine Nachfrist zur Einreichung weiterer Unterlagen zu gewähren.

Im Übrigen bezifferte die Beschwerdeführerin ihre Bankguthaben auf Fr. 32'405.-- (Fr. 22'417.-- + Fr. 9'988.--; Urk. 5 S. 5). Dass das Guthaben auf dem Konto der Migrosbank im gemeinsamen Eigentum mit dem geschiedenen Ehegatten steht - wie die Beschwerdeführerin geltend machte (Urk. 1 S. 6) - geht aus dem aufgelegten Kontoauszug (Urk. 6/6) nicht hervor, führt dieser doch nur die Beschwerdeführerin als Kontoinhaberin auf. Mit Blick auf die im Jahr 2009 durchgeführte Scheidung (Urk. 1 S. 5 unten), welche eine güterrechtliche Auseinandersetzung erforderte, erscheint diese Darstellung auch nicht als plausibel. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin neben dem Grundeigentum über ein einen „Notgroschen“ erheblich übersteigendes Vermögen verfügt und damit in der Lage ist, die anfallenden Kosten der Rechtsvertretung selber zu begleichen.

Die Bedürftigkeit ist demnach nicht belegt, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung abzuweisen ist. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Milan Kryka - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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