

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00171 vom 29. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00171

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00171 du 29 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00171 del 29 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

; vgl. auch die Polizei akten

Urk. 14 /41). Sie war damals arbeitslos sowie seit dem 14. März 2011 bei der Y.____ in einem 25%-Pensum im Zwischenverdienst als Reini gungshilfe beschäftigt und dadurch bei der Visana Versicherungen AG gegen Unfallfolgen versichert (Urk. 14/21). Diese trat auf den Schadensfall ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

Mit Verfügung vom 4. Juli 2013 stellte die Visana Versicherungen AG die Ver si cherungsleistungen per 30. Juni 2013 ein (Urk. 14 /44). Gegen diesen Ent scheid

erhob die Krankenversicherung von X.____ , die Helsana Versiche rungen AG, am 10. Juli 2013 vorsorglich Einsprache (Urk. 14 /50), die sie am 16. Sep tember 2013 wieder zurückzog (Urk. 14 /66). Die von der Versicherten am 2. Sep tember 2013 (Urk. 14 /60) erhobene und am 28. November 2013 (Urk. 14 /69) begründete Einsprache wies die Visana Ver sicherungen AG mit Entscheid vom 8. Mai 2014 (Urk. 14/84) ab.

Mit Urteil vom 23. November 2015 im Prozess Nr. UV.2014.00141 wies das hiesige Gericht die am 6. Juni 2014 gegen den Einspracheentscheid

vom 8.

Mai 2014 erhobene Beschwerde ab (Urk. 2) . Das Bundesgericht trat a uf die dagegen am 29.

Dezember 2015 erhobene Beschwerde mit Urteil vom 11.

Februar 2016 nicht ein (Verfahren Nr. 8C_10/2016 , Urk. 18 / 23).

E. 1.1

G emäss Art. 61 lit . i des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozial ver sicherungsrechts (ATSG) muss die Revision von Entscheiden wegen Entde ckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Ver brechen oder Vergehen gewährleistet sein. Art. 61 lit . i ATSG legt die für das kantonale Gerichtsverfahren massgebenden Revisionsgründe fest, überlässt aber die Ausgestaltung des Revisionsverfahrens im Übrigen dem kantonalen Recht (Kieser , ATSG-Kommentar, 3 . Auflage 2015 , Art. 61 N 229). 1. 2

Nach § 29 lit . a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) kann gege n rechtskräftige Entscheide des hiesigen Gerichts von den am Ver fahren Be teiligten Revision verlangt werden, wenn sie neue erhebliche Tatsa chen erfahren oder Beweismittel auffinden, die sie im früheren Verfahren nich t bei bringen konnten . 1. 3

Der Begriff „ neue Tatsachen oder Beweismittel“ ist bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit . i ATSG gleich auszulegen wie bei der (prozessualen) Revision eines Verwaltungsentscheides nach Art. 53 Abs. 1 ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit . a des Bundesgerichtsgesetzes (BGG; SVR 2010 IV Nr. 55 S. 169; Urteile des Bundesgerichts 8C_152/2012 vom 3. August 2012 E. 5.1 und 8C_422/2011 vom 5. Juni 2012 E. 4).

Neu sind demnach Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, je doch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer andern Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind. Erheblich ist ein Beweismittel, wenn anzunehmen ist, es hätte zu einem anderen Urteil geführt, falls das Gericht beziehungsweise die Verwaltung im Hauptverfahren davon Kenntnis gehabt hätte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsermittlung dient. Ein Revisionsgrund ist nicht schon dann gegeben, wenn das Gericht respektive die Verwaltung bereits im Hauptverfahren bekannte Tatsachen unrichtig gewürdigt hat . Notwendig ist vielmehr, dass die unrichtige Würdigung erfolgte, weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen unbewiesen geblieben sind (vgl. BGE 134 III 669

E. 2.1, 127 V 353 E. 5b).

Dabei ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach ein neuer medizinischer Bericht, damit er einen Revisionsgrund bilden kann, den Fehler in der früheren Beweisgrundlage eindeutig („ indiscutable “; SZS 2008 S. 169,

U 561/06 E. 6.2 mit Hinweis) oder mit überlegenen Gründen aufzeigen muss (Urteil des Bundesgerichts 8F_9/2012 vom 6. November 2012 E. 3). Zudem müssen diese neuen Beweismittel nicht bereits in früheren Verfahren beizubringen gewesen sei, was nur mit Zurückhaltung anzunehmen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.2.2). 1. 4

Gemäss § 30 GSVGer ist das Revisionsgesuch innert 90 Tagen, von der Entdeckung des Revisionsgrundes an gerechnet, beim Gericht schriftlich einzureichen (Abs. 1). Nach Ablauf von zehn Jahren seit der Mitteilung des Entscheids ist ein Revisionsgesuch nur noch aus den hier nicht einschlägigen in § 29 lit . b und c GSVGer genannten Gründen zulässig (Abs. 2). 2.

Das Urteil vom 23. November 2015, mit welchem das hiesige Gericht die Leistungseinstellung der Gesuchsgegnerin

betreffend das Ereignis vom 28.

Februar 2013 mit Wirkung ab 30. Juni 2013 schützte, ist in Rechtskraft erwachsen, nachdem das Bundesgericht auf die dagegen am 29.

Dezember 2015 erhobene Beschwerde mit Urteil vom 11. Februar 2016 nicht eintrat (Verfahren Nr. 8C_10/2016 , Urk. 18/23). Eine nochmalige Überprüfung der zu Grunde

liegenden Streitsache ist grundsätzlich ausgeschlossen. Das Gericht kann auf seine Urteile nur zurückkommen, wenn ein Grund für eine Revision nach Art. 61 lit. i ATSG sowie § 29 GSVGer vorliegt.

Das Revisionsbegehren ist, nachdem das Bundesgericht auf die Beschwerde der Gesuchstellerin nicht eingetreten ist, beim hiesigen Gericht geltend zu machen (vgl. BGE 138 II 386 E. 6.2).

Die Gesuchstellerin stützt ihr sinngemässes Revisionsbegehren vom 4. März 2016 (Urk. 1) auf den Sprechstundenbericht vom 12. Februar 2016 (Urk. 14/96). Das Begehren wurde somit innert 90 Tagen nach Entdeckung des geltend gemachten Revisionsgrundes - allerdings versehentlich gegen über dem für das Begehren nicht

zuständigen Versicherungsträger - erhoben, wobei letzteres der Fristenwahrung nicht entgegen steht (Art. 60 Abs. 2 betreffend Beschwerden sinngemäss i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG, vgl. auch Art. 30 und Art. 58 Abs. 3 ATSG zur Weiterleitungspflicht). Auf das rechtzeitig erhobene Revisionsbegehren ist deshalb einzutreten. 3.

3.1

Die Gesuchstellerin stützte ihr Revisionsgesuch vom 4. März 2016 auf den Arztbericht aus der Z. ___ vom 12. Februar 2016

(Urk. 14/96) und legte in der Folge weitere Arztberichte auf (Urk. 10/2-3 und Urk. 26). Sie ersuchte um erneute Prüfung des Falls

und sinngemäss um Weiterausrichtung von Versicherungsleistungen (Urk. 1). 3.2

Die Gesuchsgegnerin führte in ihrer auf Abweisung der Revisionsbegehrens schliessenden Stellungnahme vom 13. Oktober 2016 aus (Urk. 13), dass sich aus den neu eingereichten medizinischen Akten keine neuen Erkenntnisse ergeben würden. Die Ärzte hätten ausdrücklich bestätigt, dass sich das CRPS I im Verlauf der Zeit entwickelt habe. Die Gesuchstellerin könne aus der Tatsache, dass die Ärzte anamnestisch und in der Zusammenschau das CRPS durch die Handgelenksdistorsion ausgelöst sähen, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Rechtsfigur „post hoc ergo propter hoc“, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet werde, weil sie nach diesem aufgetreten sei, genüge rechtsprechungsgemäss für die Annahme eines Kausalzusammenhangs nicht. Die entscheidende Fragestellung sei, ob die für ein CRPS typischen Symptome nachweislich innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall aufgetreten seien. Den neu eingereichten Berichten sei zu entnehmen, dass die typischen klinischen Anzeichen eines CRPS nicht festgestellt worden seien. Ein Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. Februar 2013 sei infolge der zeitlichen Latenz von rund fünfzehn Monaten und mit Blick darauf, dass ein CRPS zuweilen auch ohne nachvollziehbare Ursachen auftreten könne, nicht rechtsgenügend nachgewiesen (S. 6 Ziff. 8).

Betreffend die diagnostizierte schwere Depression mit begleitender Schmerzverarbeitungsstörung verwies die Gesuchsgegnerin auf die Ausführungen im zur Revision beantragten Urteil vom 23. November 2015, wonach der Unfall vom 28. Februar 2013 zu den leichten Unfällen zu zählen sei und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen bei leichten Unfällen praxisgemäss ohne Weiteres verneint werde (S. 6 Ziff. 8).

E. 2

Am 4. März 2016 stellte X.____ bei der Visana Versicherungen AG unter Beilage eines Auszugs aus einem Arztbericht der Z.____ vom 12. Februar 2016 sinngemäss ein Gesuch um Revision und beantragte, dass der Fall nochmals überprüft werde (Urk. 1; vgl. auch Urk.

14/94). Die Visana Versicherungen AG holte den vollständigen Bericht ein (Urk. 14/95-96) und lehnte das Gesuch zunächst mit formlosem Schreiben vom 21. April 2016 ab (Urk. 14/98), worauf die Gesuchstellerin um Erlass einer anfechtbaren Verfügung bat (Urk.

14/99). Nach Rückfrage leitete die Visana Versicherungen AG das Gesuch mit Begleitschreiben vom 9.

August 2016 dem hiesigen Gericht weiter (Urk.

E. 4

und Urk.

E. 4.9

). Dem Revisionsbegehren und den von der Gesuchstellerin aufgelegten medizinischen Berichten ist nichts zu entnehmen, dass diese Einschätzung revisionsweise in Frage zu stellen vermöchte. 6.

Zusammenfassend konnte die Beschwerdeführerin keine neuen erheblichen Tatsachen darlegen, welche das zur Revision beantragte Urteil als falsch erscheinen liesse. Ein eindeutiger Fehler in der früheren Beweisgrundlage liegt nicht vor, weshalb das Revisionsgesuch abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Das Revisionsbegehren wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Visana Versicherungen AG, unter Beilage einer Kopie von Urk. 26 - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 5

). Am 1.

Oktober 2016 legte die Gesuchstellerin beim Gericht weitere Arztberichte auf (Urk.

E. 9

unter Hinweis auf Urk. 2 E. 4.9). 4. 4. 1

Dem

Revision gesuch liegt der Bericht der Z.____ vom 12. Februar 2016 über die Sprechstunde vom 3. Februar 2016 nach einer Selbstzuweisung (Urk. 14 / 96) zugrunde. Aus diesem Bericht geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. A.____ , Assistenzarzt Orthopädie , und PD Dr. med. B.____ ,

Stv . Chefarzt Handchirurgie, nannten die Diagnosen: 1.

Ausgeprägtes CRPS Hand links mit/bei: - Status nach Handgelenksdistorsionstrauma am 28.2.2016 (gemeint ist offenbar - sichtbar 2013) - Status nach radiologisch alter Ulnastyloidfraktur und wahrscheinlich distaler Radiusfraktur 2.

Diabetes mellitus Typ 2 - unter Insulintherapie 3.

Arterielle Hypertonie 4.

Dyslipidämie

Die Ärzte gaben an, die Gesuchstellerin habe sich erneut vorgestellt mit der Frage bezüglich Unfallereignis vom Februar 2013, da ein solches durch die Unfallversicherung nicht anerkannt werde. Hier sei die Gesuchstellerin initial notfallmässig im C.____ zum Ausschluss einer frischen ossären Läsion gewesen. Anschliessend sei sie ihnen bei Schmerzpersistenz zugewiesen worden, in dessen Rahmen sie die Gesuchstellerin im Mai 2013 das erste Mal beurteilt hätten. Dort seien die Schmerzen im Rahmen der Handgelenksdistorsion interpretiert worden. Radiologisch habe man damals eine alte Styloidfraktur sowie eine dorsale Verkipfung des distalen Radius gesehen, ohne dass sich die Gesuchstellerin an ein früheres Unfallereignis erinnert habe. Die damals klinisch objektivierbare distale Radioulnargelenksinstabilität sei klinisch nicht schmerzhaft gewesen. Somit sei die Gesuchstellerin ergotherapeutisch nachbehandelt worden. Auswärtig sei dann im Verlauf ein CRPS diagnostiziert und die Gesuchstellerin von mehreren Stellen behandelt worden, sowohl von der Rheumatologie wie auch der Schmerzklinik des D.____ . Ergotherapie betreibe die Gesuchstellerin

seit dem Unfallereignis regelmässig ohne wirkliche Verbesserung des Zustandes , aber auch ohne eine deutliche Verschlechterung zu verspüren. Bereits im Bericht aus dem Jahr 2013 sei erwähnt worden, dass es sich um eine Handgelenksdistorsion gehandelt habe. Bei der damaligen Vorstellung habe sich kein eindeutiges CRPS gezeigt. Dies habe sich im Verlauf entwickelt. Anamnestisch und in der Zusammenschau der Berichte sei aus ihrer Sicht eindeutig klar, dass dieses CRPS durch eine Handgelenksdistorsion ausgelöst worden sei. Diesbezüglich spielten die Vorschäden wie die bereits vorhandene Ulnastyloidfraktur und Dorsalverkipfung des Radius keine wesentliche Rolle. Die Gesuchstellerin sei stark invalidisiert, weshalb sie dem CRPS - Spezialisten im Haus, PD Dr. E.____ von der Rheumatologie , zu allfälligen weiteren Optionen einer CRPS-Therapie zugewiesen werde.

4 . 2

4. 2 .1

Im nachträglich eingereichten Sprechstundenbericht vom 24. Februar 2016 (Urk. 10/3) nannte PD Dr. med. E.____, Chefarzt Rheumatologie der Z.____, die Diagnosen 1.

C RPS I Hand links (Erstmanifestation 2013) - Status nach Handgelenksdistorsionstrauma links am 28.2.2013 2.

Diabetes mellitus Typ II (insulinpflichtig)

3.

Arterielle Hypertonie 4.

Dyslipidämie

Er gab an, es bestehe eine leichte Schwellung und ein Lymphoedem über den Langfingern. Im Verlauf der Untersuchung zeige sich eine bläulich rötliche Verfärbung. Im Vergleich zur Gegenseite bestehe eine Temperaturdifferenz von -0,5 °C. Es bestehe keine Hyperhidrose und keine Hypertrichose. An der linken Hand sei keine aktive Beweglichkeit möglich; am Handgelenk lediglich Pronation und Supination 60-10-0°. Es bestehe eine deutliche Allodynie an der linken Hand. Unter den gegebenen Umständen seien die therapeutischen Massnahmen limitiert. Es sei kein konkreter Verlaufstermin vereinbart worden. Die Gesuchstellerin werde das weitere Vorgehen mit der behandelnden Rheumatologin besprechen. 4.2.2

Im ebenfalls im Revisionsverfahren aufgelegten

Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des D.____ vom 24. August 2016 betreffend eine Hospitalisierung vom 9. bis 24. August 2016 (Urk. 10/2) nannten Dr. med. F.____, Assistenzarzt, und Dr. med. G.____, Oberarzt, die folgenden Diagnosen: 1. CRPS Stadium I Hand links, EM 2013 -

nach Handgelenksdistorsionstrauma 02/13 -

Klinik: – Dauerschmerzen am Radiokarpalgelenk mit Nachtschmerzen. Ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit, intermittierende Schwellungsneigungen mit Verfärbungen, abwechselnd Hitze und Kältegefühl, Hyperhidrose sowie ausgeprägte Funktionseinschränkungen -

Bildgebung: – Rx Hand links 02/13: kein Hinweis auf traumatisch bedingte ossäre Läsionen, deutliche Ulnarplusvariante mit starker Verkalkungszone oder Ossifikation distal des Proc. styloideus

ulnae – MRI Hand links 03/13: Ossikel distal des Ulnaköpfchens mit einem Durchmesser bis 1 cm bei ausgeprägter Ulnarplusvarianz. Entsprechend einer chronischen ulno-carpalen

Impaktion zeigt sich eine leichte Signalalteration des Knorpels am Lunatum. Unauffällige Darstellung des luno-triquetralen Bandes, leichte Signalalteration in der Pars membranacea des scapho-lunaren Bandes – 3-Phasenskelettszintigraphie 05/13: Im arteriellen Einstrom der Vorderarme symmetrische Trophik beider Hände. Im Frühbild keine Hinweise für eine Synovitis oder ein CRPS. Im Spätbild minimale Umbauzone am Ulnaköpfchen links – MRI Hand links 05/14: Synoviale Reizung im Carpusbereich. Pseudoarthrose des Proc. styloideus, mit leichter Reizung des Pseudoarthrosespaltens -

Therapien: Status nach – 03/15: diagnostische Blockade und Infiltration mit Bupivacain 0.25 % 3 ml des G. stellatum links, Schmerzreduktion von 9 auf 7/10 NRS, Schmerzambulanz

Oerli kon – 05/15: Infiltration mit Lidocain 2

% 1

ml, gepulste Radiofrequenztherapie Spinal wurzel C8 links mit Schmerzreduktion von 10 auf 6/10 NRS, Schmerzklinik Oerlikon – 05/15: intraartikuläre Steroidinfiltration mit Kenacort

E. 10

mg, und Lidocain 1

% ohne Schmerzansprechen – 05/15: DMSO-Salbe und Micalcic Nasenspray ohne Besserung aktuell – Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung vom 9. bis 24. August 2016 2. Schwere Depression (ICD-10 F32.2) 3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 4. Diabetes Mellitus Typ II, insulinpflichtig 5. Arterielle Hypertonie Sie gaben an, bei der Gesuchstellerin bestanden seit dem Jahr 2013 chronische Schmerzen an der linken Hand im Sinne eines CRPS, die sich nach einer Handgelenksdistorsion im Februar 2013 entwickelt hätten. Die bisher erfolgten ausgiebigen Abklärungen mit medikamentösen, interventionellen

und ergotherapeutischen Massnahmen hätten zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Die Gesuchstellerin sei im Februar 2016 von PD

Dr. E.____, seines Zeichens CRPS-Spezialist, in der Z.____ beurteilt worden, der die Beschwerden im Rahmen eines CRPS Stadium I bestätigt habe. Klinisch habe sich bei Eintritt eine Schonhaltung der linken Hand mit ausgeprägter Berührungsempfindlichkeit und ausgeweiteter Schmerzangabe entlang der Streckseite des Unterarmes gefunden. Im Vergleich zur Gegenseite bestehe eine leichte ödematöse Schwellung mit vermehrter Sudomotorik. Es sei keine Atrophie der Muskulatur objektivierbar gewesen. Es sei auch eine psychiatrische Standortbestimmung erfolgt, in der sich eine schwere Depression mit begleitender Schmerzverarbeitungsstörung bestätigt habe, die einen grossen Anteil zu den chronischen Schmerzen beitragen würden. Die Spitalärzte gaben weiter an, insgesamt bestehe weiterhin eine schwierige Situation mit marginalen Behandlungsmöglichkeiten. Am meisten trage die zentrale Komponente zur Chronifizierung der Beschwerden bei. Hierbei spiele zurzeit auch die familiäre finanzielle Situation eine wichtige Rolle. Bezüglich der psychiatrischen Betreuung sei bereits durch die Hausärztin eine neue Anschlusslösung geplant. Hier würden sie das grösste Potential zur Verbesserung der Beschwerden sehen. 5. 5. 1

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

Das Gericht kam im zur Revision beantragten Urteil vom 23. November 2015 (Urk. 2) zum Schluss, dass die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen für die

Qualifikation eines CRPS als Unfallfolge, nicht erfüllt seien. Verneint wurde namentlich das Vorliegen der typischen Symptome innert der ersten sechs bis acht Wochen nach dem Unfall. Das Gericht stellte bei dieser Einschätzung auf die Würdigung der medizinischen Aktenlage durch den beratenden Arzt des Versicherung, Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, ab (E. 3.9 und E. 4.3). 5. 2

Die neu aufgelegten Berichte sind mit Bezug auf diese Fragestellung nicht geeignet, einen Revisionsgrund zu bilden. Dr. A.____ und PD Dr. B.____ von der Z.____

bestätigen die Entwicklung eines CRPS an der linken Hand im Verlauf der Zeit und kamen nun in der Nachbetrachtung anamnestisch und in der Zusammenschau der Berichte zum Schluss, dass dieses durch eine Handgelenksdistorsion ausgelöst worden sei. Diesbezüglich spielten die Vorschäden wie die bereits vorhandene Ulnastyloidfraktur und Dorsalverkipfung des Radius keine wesentliche Rolle. Bei der Konsultation im Mai 2013 konnten die für ein CRPS typischen Symptome jedoch noch nicht festgestellt werden. Dasselbe gilt in Bezug auf den im Revisionsverfahren

nach gereichten Bericht vom 6. Januar 2017 von Dr. med. I.____, Leitender Arzt Handchirurgie C.____, nach Besuch der Sprechstunde vom gleichen Tag (Urk. 26), welcher angab, in der 3-Phasen-Skelettszintigraphie vom 6. Mai 2013 habe sich noch kein sicheres Anzeichen für ein CRPS gezeigt, weshalb er die Beschwerden damals in erster Linie als Rehabilitationsdefizit der linken Hand nach Schmerzverarbeitungsstörung beurteilt habe. Die Gesuchstellerin habe in der Anamneseerhebung am 2. Mai 2013 das Handgelenk vom 28. Februar 2013 als Distorsion geschildert, weshalb er damals in der Diagnose ein vermutliches Distorsionstrauma der linken Hand angegeben habe.

Hinweise für durch den Vorfall vom 28. Februar 2013 verursachte relevante makrostrukturelle Läsionen an der linken Hand sind auch mit den neu aufgelegten Berichten nicht aktenkundig geworden (vgl. Urk. 2 E. 3.6). Die Ärzte der Notfallstation des C.____

stellten bei der unmittelbar nach dem Vorfall erfolgten Untersuchung auch keine Prellmarken oder

Hautverletzungen fest. Im Röntgenbild zeigte sich keine ossäre Läsion (Urk.

14/4). Das am 28. März 2013 in der Z.____ durchgeführte Handgelenks-MRI zeigte keine akut verursachten strukturellen Läsionen (Urk. 14/26). Alle ausgewiesenen Befunde waren vorbestehend (vgl. auch Urk. 26). 5. 3

Aus dem Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des D.____ vom 24.

August 2016 (E. 4.2.2) geht hervor, dass die chronischen Schmerzen der Gesuchstellerin wesentlich durch die diagnostizierte schwere Depression mit begleitender Schmerzverarbeitungsstörung beeinflusst werden. Am meisten trage die „zentrale Komponente“ zur Chronifizierung der Beschwerden bei. Hierbei spiele zurzeit auch die familiäre finanzielle Situation eine wichtige Rolle.

Bezüglich der psychischen Ursachen für die Beschwerden wurde im zur Revisions ersuchten Urteil vom 23. November 2015 festgehalten, dass der von der Gesuchstellerin geltend gemachte Unfallhergang zu den leichten Unfällen zu zählen sei, weshalb praxismässig der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen ohne weiteres zu verneinen sei (Urk. 2 E.

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