

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00067 vom 14. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00067 du 14 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00067 del 14 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1983 geborene X.____ war ab dem 10. Mai 2010 als h auswirtschaftliche Mitarbeiterin in einem 60 %-Pensum bei der Z.____ angestellt (und daneben in einem Pensum von ungefähr 20 % als Vereinsabwartin beim Sportamt der Stadt Y.____) und dadurch bei der Unfallversicherung Stadt Y.____ gegen die Folgen von Unfällen versichert. Die Z.____ zeigte mit Unfallmeldung vom 20. Juni 2011 (Urk. 8/G1) an, die Versicherte sei am 16. Juni 2011 eine Treppe hinuntergestürzt und habe sich dabei am rechten Fuss gelenk verletzt. Die am 17. Juni 2011 konsultierten Ärzte des A.____ diagnostizierten eine Kalkaneuskontusion rechts sowie eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Verdacht auf eine laterale Kapsel-Band-Läsion (Urk. 8/M3). Die Unfallversicherung Stadt Y.____

kam für die Heilbehandlungenskosten auf

und erbrachte Taggeldleistungen. Bei persistierenden Beschwerden im Bereich des rechten Fusses – es wurde ein CRPS diagnostiziert (vgl. zum Beispiel Urk. 8/M21) – sowie einer vollständigen Parese des rechten Beines nach durchgeführter Grenzstranginfiltration am 21. Dezember 2012 war die Beschwerdeführerin wiederholt stationär hospitalisiert (Urk. 8/M28, Urk. 8/M32, Urk. 8/M44). Am 14. Februar 2014 gebar die Versicherte einen Sohn (vgl. IV.2017.00843, Urk. 6/96/29). Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, nahm am 26. September 2014 im Auftrag der Unfallversicherung Stadt Y.____ eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 8/M54), woraufhin diese die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 21. Oktober 2014 (Urk. 8/G91) per 30. September 2014 einstellte. Dagegen erhob die Versicherte am 24. November 2014 Einsprache (Urk. 8/J4). Die Unfallversicherung Stadt Y.____ veranlasste in der Folge eine neurologische, orthopädische und psychiatrische Begutachtung (Expertise von Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 21. April 2015 [Urk. 8/M56], Expertise von Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 20. Mai 2015 [Urk. 8/M57], Expertise von Dr. med. E.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2015 [Urk. 8/M58]). Mit Entscheid vom 12. August 2015 wies die Unfallversicherung Stadt Y.____ die am 24. November 2014 erhobene Einsprache ab (Urk. 8/J6). Dagegen erhob die Versicherte am 14. September 2015 Beschwerde beim hiesigen Gericht (Urk. 8/J11 S. 4-15; vgl. auch die Beschwerdeergänzung vom 23. September 2015 [Urk. 8/J14]), welches die Beschwerde mit Urteil vom 24. Februar 2016 in dem Sinne guthiess, als es den angefochtenen Entscheid aufhob und die Sache an die Unfallversicherung Stadt Y.____ zurückwies, damit diese unter Wahrung des Anspruchs auf das rechtliche Gehör (Einräumung der Möglichkeit, zum Gutachten Stellung zu nehmen) über die Leistungsansprüche der Versicherten erneut entscheide (Urk. 8/J20). In der Folge

räumte die Unfallversicherung Stadt Y.____ der Versicherten mit Schreiben vom 16. März 2016 Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gutachten ein (Urk. 8/G122). Nach einem Schriftenwechsel (Urk. 8/G123 f.) nahm die Versicherte mit Eingabe vom 13. Mai 2016 Stellung (Urk. 8/G126). Am 22. Juni

2016 verfügte die Unfallversicherung Stadt Y.____ die rückwirkende Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. September 2014 (Urk. 8/G127). Dagegen erhob die Versicherte am 24. August 2016 Einsprache (Urk. 8/J21), woraufhin das Einspracheverfahren bis zum Vorliegen des IV-Gutachtens sistiert wurde (Urk. 8/J22). Nach Erhalt des IV-Gutachtens (Begutachtung durch das F.____) wurde der Versicherten Gelegenheit eingeräumt, auch dazu Stellung zu nehmen (Urk. 8/J24), was diese mit Eingabe vom 24. Januar 2017 tat (Urk. 8/J25). Mit Entscheid vom 1. Februar 2017 wies die Unfallversicherung Stadt Y.____ die Einsprache vom 24. August 2016 ab (Urk. 2 [= Urk. 8/J27]).

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 im Juni 2011 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember

2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädige Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4.3

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR

1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4.4

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 , 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 1.4.5

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

E. 1.4.6

Nach der Rechtsprechung ist bei leichten Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und nachfolgenden Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen. Unter Umständen ist eine Adäquanzbeurteilung jedoch auch bei leichten Unfällen vorzunehmen, wie die Rechtsprechung schon wiederholt entschieden hat: Ergeben sich aus einem als leicht zu qualifizierenden Unfall unmittelbare Folgen, die eine psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit), ist die Adäquanzfrage als Ausnahme der Regel auch bei solchen Unfällen zu prüfen; dabei sind die Kriterien, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, heranzuziehen. Dies hat sinngemäss auch bei als leicht einzustufenden Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu gelten (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 244 E. 3b).

E. 1.4.7

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar

als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58).

Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 6. März 2017 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Taggeld) auszurichten; eventuell sei ihr eine ganze Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 50 % zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 12. April 2017 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 21. Juli 2017 wurde das Gesuch um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung abgewiesen. Sodann wurde der Beschwerdeführerin das Doppel der Beschwerde antwort zugestellt (Urk. 11; vgl. auch Urk. 13).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin erwog im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen, der Nachweis einer anhaltenden unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigung, insbesondere die Ausbildung eines Morbus Sudecks (CRPS), könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht werden. Die bestehende Beschwerdeforumproblematik habe trotz eines über Jahre stattfindenden, alle möglichen Fachrichtungen und bildgebenden Verfahren umfassenden, Abklärungsverfahrens nicht abschliessend geklärt werden können. Immer wieder sei dementsprechend in den medizinischen Akten erwähnt worden, dass die beschriebene Beschwerdeforumproblematik nicht mit einem objektivierbaren Korrelat erklärt werden könne. Die natürliche Kausalität der Beinproblematik könne im Hinblick auf das Ereignis vom 16. Juni 2011 somit nicht mit

dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen werden, weshalb die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt sei. Auch die F.____-Gutachter (Begutachtung im Rahmen des IV-Verfahrens) hätten im Zeitpunkt der Begutachtung kein CRPS mehr feststellen können und seien davon ausgegangen, dass die Parese des rechten Beines nicht objektivierbar und klinisch keiner fassbaren Ursache zuzuordnen sei, was in Übereinstimmung mit sämtlichen einschlägigen Vorbefunden stehe. Die F.____-Gutachter hätten auch festgehalten, dass die subjektiven Angaben zur Beeinträchtigung in krassem Widerspruch zum Funktionsniveau gemäss dem Observationsvideo stünden. Die Lähmung sei demnach im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung psychiatrisch zu interpretieren (Urk. 2 S. 7 f.). Was die gemäss F.____-Gutachter festgestellte psychische Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin anbelange, so fehle dieser die Unfallbedingtheit. Doch selbst bei Anwendung der Psycho-Praxis und unter der Annahme, es liege ein Ereignis mittlerer Schwere vor, wäre die Adäquanz aufgrund zu wenig erfüllter Kriterien zu verneinen (Urk. 2 S. 9).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, angesichts der fehlenden polydisziplinären Beurteilung in den von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten liege keine umfassende Begutachtung vor. Ferner sei die Begutachtung nicht in vollständiger Kenntnis der Vorakten erfolgt (unter Auflistung der betroffenen Akten). Dem Gutachten komme daher kein vollständiger Beweiswert zu. Es werde sodann weder im neurologischen noch im psychiatrischen Gutachten begründet, weshalb gegenüber der Begutachtung von Dr. H.____ diametral unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen würden. Die Schlussfolgerungen in diesen Gutachten seien somit nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 7). Dem F.____-Gutachten hingegen komme volle Beweiskraft zu (Urk. 1 S. 8). Darin werde die Diagnose eines CRPS bestätigt. Dr. D.____ bejahe sodann das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs (Urk. 1 S. 9-11). Aus psychiatrischer Sicht sei anzumerken, dass die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, einem Morbus Sudeck (CRPS) grundsätzlich zugebilligt werden müsse und das Auftreten von psychogenen Bewegungsstörungen als Folge eines CRPS medizinisch anerkannt sei. Die Ausführungen der F.____-Gutachter zur Observation seien jedoch unbeachtlich, da diese unrechtmässig erfolgt sei (Urk. 1 S. 11 f.). Sodann sei auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der psychischen Beeinträchtigung und dem Unfall zu bejahen (Urk. 1 S. 13 f.). Der Fallabschluss sei somit verfrüht erfolgt (Urk. 1 S. 14).

E. 3

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 7. September 2011 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (vgl. das parallel laufende Beschwerdeverfahren IV.2017.00843). Diese liess die Beschwerdeführerin polydisziplinär beim F.____, G.____, begutachten. Das Gutachten wurde am 3. Oktober 2016 erstattet (vgl. Urk. 8/M61 im vorliegenden Verfahren). Mit Verfügung vom 22. Juni 2017 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen von der Beschwerdeführerin am 21. August 2017 beim hiesigen Gericht eingereichte Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. C.____ hielt in seinem neurologischen Gutachten vom 21. April 2015 (Urk. 8/M56 S. 14-17) zusammenfassend fest, die aus dem Kosovo stammende, verheiratete Mutter dreier Kinder, gebe an, am Morgen des 16. Juni 2011

um 10.

E. 3.2

Dr. D.____ führte in seinem orthopädischen Gutachten vom 20. Mai 2015 die folgenden Diagnosen auf (Urk. 8/M57 S. 15): - Periarthropathia OSG rechts bei - Kalkaneuskontusion und OSG-Distorsion 16.6.2011 - Verdacht auf durchgemachten Morbus Sudeck/CRPS I - Parese rechtes Bein, aufgetreten nach Grenzstranginfiltration 21.12.2011 (neurologisch keine Lähmung nachgewiesen) - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei degenerativen Veränderungen L3/4 und L4/5 Dr. D.____ hielt sodann fest (Urk. 8/M57 S. 16), gemäss Unterlagen sei es im Verlauf nach dem Unfall zur Ausbildung eines Morbus Sudeck bzw. CRPS gekommen. Dieser Morbus Sudeck sei dann als indirekte Folge des erlittenen Ereignisses zu betrachten. Nach einem solchen Trauma könne es in seltenen Fällen zur Ausbildung eines Morbus Sudeck kommen. Anhand der aktuellen Röntgenbilder sei aber fraglich, ob wirklich ein klassischer Morbus Sudeck vorgelegen habe. Die Röntgenaufnahmen des OSG rechts vom 23. Februar 2015 zeigten nämlich keine typischen radiologischen Veränderungen des Knochens, wie sie bei und nach einem manifesten Morbus Sudeck bestünden. In der Annahme, dass die im Verlauf gestellte Diagnose Morbus Sudeck des rechten Fusses korrekt sei, würde es sich dabei überwiegend wahrscheinlich um Beschwerden und Befunde handeln, die dem Ereignis vom 16. Juni 2011 zugeordnet werden könnten.

Subjektiv und auch klinisch stehe zurzeit aber die funktionelle Ausschaltung des gesamten rechten Beines im Sinne einer Parese im Vordergrund, ohne dass eine neurologische Schädigung habe nachgewiesen werden können. Diese „Lähmung“ sei nach einer Grenzstranginfiltration am 21. Dezember 2011 aufgetreten. Die Grenzstranginfiltration sei im Rahmen der Sudeck-Behandlung anlässlich der Hospitalisation der I.____ erfolgt. Dementsprechend bestehe auch für diese funktionelle Ausschaltung des gesamten rechten Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit indirekt eine Zuordnung zum Ereignis vom 16. Juni 2011. Ein direkter Zusammenhang liege aber nicht vor. Eine Grenzstranginfiltration, wie sie bei der Beschwerdeführerin gemacht worden sei, könne kaum eine solche Lähmung verursachen.

Dr. D.____ gelangte zum Schluss, am rechten Bein und rechten Fuss lägen keine strukturellen Veränderungen vor. Im Bereich der Lendenwirbelsäule finden sich gewisse Degenerationen, die aber nie eine Parese des rechten Beines auslösen könnten. Ob dies auch aus psychiatrischer und neurologischer Sicht gelte, müsse geprüft werden (Urk. 8/M57 S. 17). Es sei fraglich, ob zum jetzigen Zeitpunkt die Eingliederung in eine berufliche Tätigkeit schon möglich sei. Es bestehe weiterhin eine funktionelle Ausschaltung des gesamten rechten Beines sowie eine Schmerzsymptomatik am rechten Fuss und im Bereich der Wirbelsäule, ohne dass sich strukturelle und pathologische Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates feststellen liessen, die diese Problematik erklären könnten. Dabei handle es sich um Sekundär- und Tertiärfolgen zum Unfall vom 16. Juni 2011. Als sekundär sei der Morbus Sudeck/das CRPS I zu betrachten. Tertiär sei die „Lähmung“ des rechten Beines, aufgetreten nach der Grenzstranginfiltration. Diese Grenzstranginfiltration sei im Rahmen der Behandlung des Morbus Sudecks erfolgt, habe

aber die Lähmung kaum verursachen können (Urk. 8/M57 S. 18) . Die bisherigen Tätigkeiten seien jetzt und wohl auch noch für längere Zeit nicht als realistisch zu betrachten. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sollte in Zukunft aber wieder möglich sein (Urk. 8/M57 S. 19). Die zum jetzigen Zeitpunkt festgestellten Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates (rechtes Bein, rechter Fuss) seien nicht als dauernde und erhebliche Schädigung zu werten (Urk. 8/M57 S. 21). Abschliessend merkte Dr. D.____ noch Folgendes an (Urk. 8/M57 S. 21-22): Bei der Beschwerdeführerin falle eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den bei der Untersuchung fassbaren Untersuchungsbefunden im Vergleich zu den objektivierbaren Feststellungen auf. Dies seien Hinweise, die gegen eine Problematik von Seiten des Bewegungsapparates (rechtes Bein und rechter Fuss) sprächen, sondern auf eine funktionelle Problematik im Sinne einer anhaltenden Schmerzstörung mit Somatisierungstendenz deuteten.

E. 3.3

Dr. E.____ stellte in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2015 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie einen Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) auf (Urk. 8/M58 S. 18). Sie hielt sodann fest, aufgrund der anamnestischen Angaben, der medizinischen Akten, sowie der selber erhobenen Befunde sei aktuell kein psychisches Leiden von Krankheitswert feststellbar. In der Untersuchung habe sie (die Gutachterin) keine Hinweise für eine bewusstseinsferne Psychodynamik feststellen können, die bei der Beschwerdeführerin einen Hinweis für eine dissoziative Störung geben würde. Es seien jedoch Diskrepanzen in der Beschwerdeschilderung und dem Funktionsniveau im Alltag aufgefallen, die einen starken Hinweis auf

bewusstseinsnahe Prozesse darstellen, was das Festhalten an einer invalidisierenden Schmerzsymptomatik und Parese des rechten Beines anbelange. Es sei unvereinbar mit einer dissoziativen Lähmung (oder psychogenen Parese) des rechten Beines, das die Beschwerdeführerin

gleichzeitig Autofahre, d.h. den rechten Fuss aktiv betätigt für das Bedienen des Gaspedals und der Bremse. Weiter seien die vorgetragene heftigsten Schmerzen und die Angabe, sie könne ohne die hohe Dosis an Schmerzmitteln gar nichts machen, in Frage zu stellen. Die Beschwerdeführerin habe am Untersuchungstag bei der Gutachterin und auch beim Neurologen die angeblich dringend benötigten Medikamente nicht oder unvollständig eingenommen. Die Diskrepanz zwischen den Angaben und dem Verhalten der Beschwerdeführerin sei nicht mit einem bewusstseinsfernen psychischen Prozess erklärbar, sondern sei das Ergebnis eines bewussten Entscheids. Diese Einschätzung werde durch das Ergebnis des Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (SFSS), einem Test zur Symptomvalidierung, gestützt. Dort habe die Beschwerdeführerin einen erhöhten Wert aufgewiesen, der einen zusätzlichen Hinweis auf das Übertreiben oder das absichtliche Erzeugen von Symptomen liefere (Urk. 8/M58 S. 20 f.).

E. 3.4

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des von der IV-Stelle veranlassten F.____-Gutachtens vom 3. Oktober 2016 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 8/M61 S. 9): - Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) - Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10: F33.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren (ICD-10: F45.41) - Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.52), geringem Strukturiveau nach OPD-2, Achse 4 - Schmerzhaftes Funktionsstörung des rechten Fusses mit/bei - Arthrose zwischen Os cuneiforme mediale und MT1, normale Mineralisation (Rx Fuss 22.6.2016) - Status nach CRPS Fuss rechts (ICD-10 : M89.07) - Status nach Hypersupinationstrauma OSG rechts 17. 6.2011 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden aufgeführt (Urk. 8/M61 S. 9): - Unklare Parese rechtes Bein nach Grenzstranginfiltration am 21.12.2011 - fehlende rheumatologische/ neurologische Erklärung, unauffällige elektrophysiologische Untersuchung - MRT LWS 21.12.2011 mit Ausschluss einer postinterventionellen Blutung - am wahrscheinlichsten im Rahmen der psychiatrischen diagnostizierten dissoziativen Bewegungsstörung - Status nach CRPS (Complex Regional Pain- Syndrome) Typ I (ICD-10: M89.07) Fuss rechts - aktuell kein eindeutiger Hinweis für CRPS I

- Status nach Arbeitsunfall 6/2011 mit Hypersupinationstrauma OSG rechts 17. 6.2011 - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - MRT LWS 26. 9.2011 mit degenerativen Veränderungen LWK3/4 und LWK4/5 - ohne radikuläre Ausstrahlung Sodann wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung festgehalten, aktuell könne – unter Beachtung der Budapest-Kriterien – kein CRPS mehr festgestellt werden (Urk. 8/M61 S. 10 f.). In der aktuellen Untersuchung präsentiert die Beschwerdeführerin eine hochgradige Parese des gesamten rechten Beines. Das Bein werde nicht belastet, die Beschwerdeführerin sei mit Beinschiene und Gehstöcken unterwegs, das rechte Bein werde im Sitzen wie ein vollständig gelähmtes Bein mit den Händen bewegt und getragen. Das Aufstehen aus dem Stuhl sei nur äusserst um ständlich möglich, das Bein werde dabei nicht belastet. In deutlicher Diskrepanz dazu seien die sonstige Fortbewegung mit Unterarmkrücken im Gang sowie die Beweglichkeit beim Aus- und Anziehen. Hier zeigten sich unbeobachtet eindeutig Bewegungen, die mindestens dem Kraftgrad M 3/5 entsprechen, während die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung das rechte Bein jeweils mit einem Kraftgrad von M 0/5 präsentiere. Die angegebenen Paresen im Bereich des rechten Beins seien klinisch neurologisch nicht objektivierbar und imponierten am ehesten im Sinne einer willkürlichen Minderinnervation. Die Muskulatur beider Beine zeigte sich beidseits unauffällig und absolut seitengleich; bei einer wie von der Beschwerdeführerin angegebenen hochgradigen und lange bestehenden peripher bedingten Parese wäre im Bereich des rechten Beins eine Muskela trophie zu erwarten, welche eindeutig nicht vorliege . Auch zeigten sich die Muskeleigenreflexe an den Beinen seitengleich, bei einer peripher-neurologisch bedingten Parese wären im Verlauf Seitenunterschiede im Reflexniveau zu erwarten. Des Weiteren werde eine Hypästhesie des gesamten rechten Oberschenkels angegeben, die keinem Dermatom zugeordnet werden könne. Bei einer derart angegebenen schmerzhaften Störung im rechten Fuss und einer Plegie wäre eine Muskelkontraktur zu erwarten, was nicht der Fall sei . Die Flexion von doch zumindest 30° wäre unter diesen Umständen kaum möglich. Ausserdem wäre eine Atrophie der Wadenmuskulatur zu erwarten, die ebenfalls nicht vorliege. Insgesamt sei die von der Beschwerdeführerin angegebene hochgradige Parese des rechten Beines nicht objektivierbar und klinisch keine r fassbare Ursache zuzuordnen – dies in Übereinstimmung mit sämtlichen einschlägigen Vorbefunden (Urk. 8/M61 S. 12 f.) .

Sodann wurde festgehalten, die Lähmung sei im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung psychiatrisch zu interpretieren (Urk. 8/M61 S. 14). 4.

4.1

Aus den Gutachten ergibt sich, dass die geklagten rechtsseitigen Fuss- und Beinbeschwerden keinem organischen Substrat zugeordnet werden können. Dies ergibt sich nicht nur aus den von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten, sondern auch aus dem F.____-Gutachten. Vor diesem Hintergrund erweisen sich die Vorbringen der Beschwerdeführerin zur Unverwertbarkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten (Urk. 1 S. 6 ff.) als nicht stichhaltig, geht sie doch immerhin davon aus, das F.____-Gutachten sei beweiskräftig (Urk. 1 S. 8). In diesem wurde aber – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) – die Diagnose eines CRPS ebenfalls nicht bestätigt. Vielmehr wurde festgehalten, aktuell könne – unter Beachtung der Budapest-Kriterien – kein CRPS mehr festgestellt werden (E. 3.4). Weiter wurde festgehalten, die Lähmung sei im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung psychiatrisch zu interpretieren.

Widersprüchlich verhält sich die Beschwerdeführerin sodann, wenn sie auf der einen Seite vorbringt, die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten seien nicht beweiskräftig, sich auf der anderen Seite dann aber doch auf das Gutachten von Dr. D.____ beruft (Urk. 1 S. 9 f.). Dass aus dem Gutachten von Dr. D.____ die Schlussfolgerung zu ziehen wäre, er hätte das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ohne Weiteres bejaht, trifft im Übrigen nicht zu. Die Zurückhaltung in seinen Äusserungen (E. 3.2) darf nicht über den Kerngehalt seiner Einschätzung hinwegtäuschen. Er diagnostizierte weder ein CRPS noch hielt er die funktionelle Parese des rechten Beines für somatisch bedingt. Er äusserte Zweifel daran, ob wirklich ein klassischer Morbus Sudeck vorgelegen habe, was sich letztlich in einer blossen Verdachtsdiagnose (Verdacht auf durchgemachten Morbus Sudeck/CRPS I) niederschlug. Nur für den Fall, dass dennoch ein CRPS vorgelegen haben sollte, ging er davon aus, die Beschwerden und Befunde könnten dem Unfallereignis zugeordnet werden. Die blossen Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs vermag dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sozialversicherungsrecht aber nicht zu genügen. Einen direkten Zusammenhang zwischen dem Unfall und der funktionellen Lähmung des rechten Beines sah er denn auch nicht, bloss einen indirekten Zusammenhang. Einen solchen bejahte er aber auch nicht vorbehaltlos, denn er gab zu bedenken, dass eine Grenzstranginfiltration, wie sie bei der Beschwerdeführerin gemacht worden sei, kaum eine solche Lähmung verursachen könne. Damit ist nicht mit der gebotenen überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen Kausalzusammenhang auszugehen. Zum Schluss relativierte Dr. D.____ seine zurückhaltende Einschätzung aber sogleich wieder, indem er auf eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den bei der Untersuchung fassbaren Untersuchungsbefunden im Vergleich zu den objektivierbaren Feststellungen hinwies. Es herrscht somit Einigkeit unter den Gutachtern, dass die geklagten rechtsseitigen Fuss- und Beinbeschwerden nicht objektiviert werden können. Rückblickend ist davon auszugehen, dass spätestens im Zeitpunkt der Aktenbeurteilung durch Dr. B.____ vom 26. September 2014 (Urk. 8/M54) keine objektivierbaren Befunde (mehr) vorlagen. 4.2

4.2.1

Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten, keinem organischen Befund zuzuordnenden Beschwerden und dem Unfallereignis besteht, kann allerdings offenbleiben, sofern die Adäquanz zu verneinen ist. Der adäquate Kausalzusammenhang ist nach den gemäss BGE 115 V 133 (sog. Psycho-Praxis) zu beachtenden Grundsätzen zu

beurteilen. Der Zeitpunkt des allfälligen Fallabschlusses ist nach Anwendung der Psycho-Praxis dann gegeben, „wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des – unfallbedingt beeinträchtigten – Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann“ (BGE 137 V 199 E. 2.2.3.1). 4.2.2

Über den Hergang des Unfalles – sowie auch über dessen Zeitpunkt und Ort – bestehen Diskrepanzen. In der Unfallmeldung der Z.____ vom 20. Juni 2011 wurde festgehalten, der Unfall habe sich am 16. Juni 2011 um 10.07 Uhr an der J.____-strasse in Zürich während eines Arbeitseinsatzes bei einer Spitexkundin ereignet. Die Beschwerdeführerin sei die Treppe hinunter gestürzt (Urk. 8/G1). Im Regress-Frageblatt zur Werkeigentümer-Haftung gab die Beschwerdeführerin demgegenüber an, der Unfall habe sich an der K.____-strasse 175 in Zürich ereignet. Sie sei nach dem Arbeitsende bei einer Kundin im 2. Stock nach unten Richtung Ausgang gegangen. Auf Höhe des 1. Stockwerkes sei die Treppe feucht gewesen, weshalb sie ausgerutscht sei und sich die Ferse am Treppentritt angeschlagen habe (Urk. 8/G6). Im Bericht über die Erstbehandlung vom 17. Juni 2011 des A.____, Klinik für Unfallchirurgie, wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe am Abend des 17. Juni 2011 während der Arbeit ein Hypersupinationstrauma des rechten Sprunggelenks erlitten (Urk. 8/M3). Gegenüber Dr. C.____ gab die Beschwerdeführerin schliesslich an, sie sei auf einer Treppenstufe ausgerutscht und mehrere Stufen hin untergestürzt (Urk. 8/M56 S. 8). Ein Treppensturz erscheint angesichts der unterschiedlichen Unfallschilderungen fraglich. Doch selbst wenn von einem Treppensturz ausgegangen wird, ist anzunehmen, dass sich der Körper der Beschwerdeführerin nicht überschlagen und kein Anprall des Oberkörpers stattgefunden hat. Dafür finden sich weder Anhaltspunkte in den Unfallschilderungen noch im Bericht des A.____ über die Erstbehandlung vom 17. Juni 2011 (Urk. 8/M3). Da bei der Erstbehandlung nebst dem Fuss auch das Knie bildgebend untersucht wurde, ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin auch dieses gestossen hatte. Nach dem Sturz stand die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben aber wieder auf und setzte ihre Patientenbesuche fort. In Anbetracht dessen ist das Unfallereignis vom 16. oder 17. Juni 2011 als banal bis leicht einzustufen, womit der adäquate Kausalzusammenhang von vornherein zu verneinen ist (E. 1.4.5). 4.2.3

Selbst wenn angenommen würde, es handle sich um einen Unfall im mittleren Bereich (E. 1.4.6 f.), wäre die Adäquanz zu verneinen. Bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar

2010 E.

4.5). Es ist nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls auszugehen. Die Hürden für die Bejahung dieses Kriteriums liegen weit höher. Die Fussverletzung war auf Grund ihrer Art und Schwere auch nicht in spezieller Weise geeignet, eine psychische Fehlentwicklung hervorzurufen. Allerdings kann die Entwicklung eines Morbus Sudeck (CRPS) als schwieriger Heilungsverlauf anerkannt werden, denn ein solcher liegt deutlich ausserhalb des normalen Heilungsverlaufs nach den initialen Verletzungen.

Von einer besonders ausgeprägten Erfüllung des Kriteriums kann allerdings nicht gesprochen werden, zumal gemäss F.____-Gutachten bereits zum Zeitpunkt, als die Diagnose gestellt worden war, Diskrepanzen und nicht sicher objektivierbare Befunde

vorgelegen hatten. Ausserdem gingen die Gutachter davon aus, bereits beim Auftreten der das klinische Bild später dominierenden Lähmungserscheinung im rechten Bein anlässlich der Grenzstrangblockade am 21. Dezember 2011 habe es sich um eine dissoziative Reaktionsbildung gehandelt (Urk. 8/M61 S. 19 f.). Damit standen schon früh psychische Faktoren (oder aber auch ein aggravatorisches Verhalten der Beschwerdeführerin, worauf hier nicht näher einzugehen ist) im Vordergrund, welche die objektivierbaren somatischen Anteile mit der Zeit volls tändig in den Hintergrund treten liessen .

Unter diesen Umständen sind die Merkmale der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie der nach Grad und Dauer erheblichen physisch beding ten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, da für ihre Beurteilung die psychisch beding ten Anteile ausgeklammert werden müssen. Eine ärztliche Fehlbehand lung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt ebenfalls nicht vor , da sich die Gutachter darin einig waren, dass die Grenzstrangin fil tration vom 21. Dezember 2012 nicht Ursache für die „Lähmung“ des rechtens Beines gewesen sein konnte (vgl. dazu auch das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 304/05 vom 23. Juni 2006 E. 3.4). Der Vollständigkeit halber ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass das von ihr zitierte Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2014 (richtig: 8C_629/2013) vom 29. Januar 2014 vorliegend nicht ausschlaggebend ist. Darin ging es um die Frage, ob ein CRPS natürliche Folge einer unfallkausalen Operation sein könne (E. 4). Ein CRPS liegt hier aber gar nicht (mehr) vor. 4.3

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 30. September 2014 verfügte, denn spätestens ab diesem Zeitpunkt lagen keine objektivierbaren Befunde mehr vor, auf welche es für die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung angekommen wäre, und die psychische Fehlentwicklung ist nicht als adäquate Unfallfolge zu qualifizieren. Es ist somit auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin weitere Versiche rungs leistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) verneinte. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - Unfallversicherung Stadt Zürich - 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, zuzu stellen.

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

E. 07

Uhr bei einem Spitex-Hausbesuch in Eile auf einer Treppenhausstiege gestolpert zu sein und dabei mehrere Stufen, mit nach innen gedrehtem rechten Fuss, nach unten gestürzt zu sein. Trotz Schmerzen habe sie ihre Arbeit zunächst fortgesetzt und nach eigenen Angaben am Abend des 16. Juni 2011 die Notfallstation des A.____ aufgesucht. Für ein fortbestehendes CRPS ergebe sich bei der aktuellen neurologischen Begutachtung keine ausreichende, anhand eines gebräuchlichen Klassifikationssystems nachvollziehbare Befundlage. Das Phänomen einer möglicherweise zentral-nervös unterhaltenen Minderinnervation der vormals von einem CRPS betroffenen Extremität sei aus der aktuelleren Literatur bekannt. Dazu passe jedoch keinesfalls, dass die anlässlich der neurologischen Begutachtung bestimmten Extremitäten -Umfangsmasse keinerlei Atrophie oder Seitendifferenz aufwies, was sehr eindeutig gegen einen konstanten Mindergebrauch des rechten Beines spreche, wie ihn die Beschwerdeführerin hier demonstrierte. Weitere Inkonsistenzen ergaben sich aus den aktuellen Medikamentenspiegeln. Insoweit seien damit weitere Inkonsistenzen erkennbar, die erhebliche Zweifel an der Authentizität und Glaubwürdigkeit der Beschwerden aufkommen ließen. Im Ergebnis der aktuellen Begutachtung sei mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein anhaltender unfallkausaler Gesundheitsschaden auf neurologischem Gebiet feststellbar. Insbesondere auch für ein fortbestehendes CRPS ergaben sich bei der neurologischen Untersuchung keine Hinweise.

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