

BL_GERICHTE 725 2023 244 / 286 vom 14. Dezember 2023

BL Gerichte, 2023-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2023_244___286

FR: BL_GERICHTE 725 2023 244 / 286 du 14 décembre 2023

IT: BL_GERICHTE 725 2023 244 / 286 del 14 dicembre 2023

Regeste

Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach der Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 117 V 359

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y., weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 9. August 2023 ist demnach einzutreten.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr 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). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Ob eine namhafte Besserung des

Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. Medizinische Vorkehrungen, welche lediglich einer vorübergehenden Schmerzlinderung dienen und keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirken, sind vom Unfallversicherer nicht zu übernehmen, auch wenn es sich erwiesenermassen um Unfallfolgen handelt. Der Gesundheitszustand der versicherten Person muss prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteile des Bundesgerichts vom 7. September 2017, 8C_142/2017, E. 4 und vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu

stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2021, 8C_750/2020, E. 4 mit Hinweisen).

4.1. Den Akten ist zu entnehmen, dass sich die Versicherte beim Verkehrsunfall vom 27. Juli 2019 eine HWS-Distorsion und Prellungen an der Lendenwirbelsäule (LWS), am Thorax und an der linken Schulter sowie ein Hämatom am Bauch zuzog (Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 7. August 2019 und Arztzeugnis UVG von Dr. C. vom 29. August 2019). Mit MR-Arthrographie des linken Schultergelenks vom 12. September 2019 konnten eine transmurale Ruptur bei der Supraspinatussehne, eine deutlich aktivierte AC-Gelenksarthrose, kleine Ossikel an der Spitze des Acromions sowie eine leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne nachgewiesen werden. Dr. med. F., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Verlaufseintrag vom 1. Oktober 2019 als Diagnose eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur links und ein traumatisiertes AC-Gelenk links fest, welche operativ behandelt werden sollten (vgl. auch Bericht vom 2. Oktober 2019). Die Operation (Supraspinatussehnennaht, Acromioplastik und Resektion AC-Gelenk) fand am 25. Oktober 2019 statt (vgl. Operationsbericht vom 25. Oktober 2019).

4.2. Die Kreisärztin Dr. med. G., FMH Allgemeine Innere Medizin, bejahte die Unfallkausalität der transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne. Die AC-Gelenksarthrose bezeichnete sie jedoch als vorbestehend und von degenerativer Natur.

4.3 Im postoperativen Verlauf klagte die Versicherte über Schmerzen am linken Schultergelenk. Dr. F. äusserte den Verdacht auf eine Frozen Shoulder (vgl. Verlaufseinträge vom 18. November 2018, 9. Dezember 2019, 20. Januar 2020 und 26. Februar 2020). Die MR-Arthrographie vom 16. Mai 2020 zeigte eine artikulärseitige Teilruptur der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne, eine leichte Tendinopathie der kranialen Infraspinatussehne und eine minimale Knorpelverschmälerung in der glenoidalen Artikulationsfläche (vgl. auch Verlaufseintrag von Dr. F. vom 19. Mai 2020). Da sich keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zeigte, führte Dr. F. am 14. August 2020 an der linken Schulter eine Schulterarthroskopie mit Débridement der Supraspinatussehne sowie Tenotomie der langen Bizepssehne durch (vgl. Operationsbericht vom 14. August 2020). Im weiteren Verlauf ergaben sich deutliche Hinweise auf eine Frozen Shoulder (vgl. Verlaufseintrag von Dr. F. vom 23. September 2020). Auf Anfrage der Suva formulierte Dr. F. am 18. Juni 2020 ein Zumutbarkeitsprofil. Danach könne die Versicherte keine Arbeiten mit Belastung der linken Schulter über Schulterhöhe und keine repetitiven Arbeiten mit vorderer Elevation mehr ausführen. Desgleichen sei eine Abduktionsbelastung mit Gewichten über 1 kg nicht mehr möglich. Im Verlaufsbericht vom 23. September 2020 berichtete Dr. F. über keine Besserung der Beschwerden.

4.4 Am 20. Januar 2021 untersuchte Dr. med. H., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die linke Schulter der Versicherten. Er stellte bei im Wesentlichen gleicher Diagnosestellung wie Dr. F. eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter fest. Erstaunlich sei, dass die Versicherte auch in Endstellung beim Heben in Flexion und Abduktion den Arm nicht aktiv halten könne. Um

eine neurologische Ursache ausschliessen zu können, überwies er die Versicherte an Dr. med. I. , FMH Neurologie. 4.5 Die neurologische Untersuchung durch Dr. I. ergab keine Hinweise auf eine Myopathie, eine Myositis in den proximalen Armmuskeln oder eine neurogene Schwäche der Arm-muskulatur, welche die Armabduktionsschwäche hätten erklären können (vgl. Bericht vom 12. Februar 2020 [richtig wohl 2021]). Gestützt auf diese Beurteilung ging Dr. H. von einem Schmerzverarbeitungsproblem aus (vgl. Verlaufseintrag vom 14. April 2021). 4.6 Die Arthrographie vom 2. Juni 2021 zeigte einen durchgängigen Ansatz der refixierten Supraspinatussehne mit deutlicher Ausdünnung der noch durchgehenden dorsalen Sehnenfasern sowie eine regelrechte Insertion der Subscapularis- und der Infraspinatussehnenplatte bei insgesamt kräftiger Rotatorenmanschettenmuskulatur, einen Status nach Tenodese der langen Bizepssehne und nach subacromialer Dekompression. Aufgrund dieses Befundes erachtete Dr. H. einen Kraftverlust bei ausgedünnter und allenfalls verlängerter Supraspinatussehne als möglich. Die dauernden Schmerzen an der Schulter seien jedoch orthopädisch schwer nachvollziehbar. Auf orthopädischem Fachgebiet seien keine Verbesserungsmöglichkeiten zu sehen. Es werde eine Schmerztherapie in der Schmerzambulanz des Spitals J. empfohlen. Spital J. wurde am 13. Oktober 2021 eine Infiltration beim linken AC-Gelenk durchgeführt, welche jedoch nur eine minimale Besserung ergab (vgl. Berichte vom 13. und 21. Oktober 2021). 4.7 Am 22. Dezember 2021 erfolgte eine sonomorphologische Beurteilung des linken Schultergelenks durch Dr. med. K. , FMH Rheumatologie. Dieser konnte keine eindeutigen Hinweise auf eine Ruptur der rekonstruierten, sehr dünnen, aber intakten Supraspinatussehne oder eine inflammatorische Bursitis finden. Als Hauptproblem zeige sich eine myofasziale Komponente im Schultergürtel bis zum Nacken aufgrund einer Instabilität im AC-Gelenk. Da die AC-Gelenksinjektion nicht ausreichend geholfen habe, sei eine entzündliche Komponente in diesem Bereich unwahrscheinlich. Am ehesten handle es sich um ein biomechanisches Problem bei Instabilität des AC-Gelenks. 4.8 Auf Empfehlung des Kreisarztes Dr. E. vom 1. Dezember 2021 wurde Prof. D. mit der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten beauftragt. Prof. D. diagnostizierte am 22. Februar 2022 gestützt auf die klinischen und bildgebenden Befunde (inkl. CT-Befund vom 18. Februar 2022) unklare Schulterschmerzen links bei Status nach den operativen Eingriffen vom 25. Oktober 2019 und 14. August 2020. Im Befund hielt er eine horizontale Instabilität, starke Schmerzen über dem AC-Gelenk sowie eine Druckdolenz beim kleinen Brustmuskel fest. Er gehe mit Dr. H. einig, dass der Gesundheitszustand aus orthopädischer Sicht nicht mehr verbessert werden könne und somit ein stabiler Endzustand bestehe. Eine Operation sei nicht angezeigt. Die Versicherte könne nur noch leichte Arbeiten ausführen. Tätigkeiten mit dem linken Arm seien weder repetitiv noch über der Brusthöhe möglich. 4.9 Nach Vorlage der Beurteilung von Prof. D. führte Dr. E. in seinen Stellungnahmen vom 14. März 2022 und 11. April 2022 aus, dass von weiteren Behandlungen keine wesentliche Besserung der Schulterfunktion und der Schultergelenksbeweglichkeit erwartet werden könne. Es sei lediglich eine Schmerzlinderung mittels Schmerztherapie in sehr geringem Umfang möglich. Die Versicherte könne mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten und somit ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr ausüben. Dagegen sei es ihr zumutbar, eine wechselbelastende (Gehen, Sitze, Stehen), leichte körperliche Tätigkeit (d.h. Lasten von 5 bis max. 10 kg beidhändig) ganztags auszuführen. Arbeiten ausschliesslich mit dem linken Arm seien nicht mehr möglich. Zu vermeiden seien in Bezug auf den linken Arm auch repetitive Belastungen, Arbeiten auf dem Niveau der Horizontalen und darüber sowie in Armvorhalte.

E. 5

Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. E. vom 14. März 2022 und 11. April 2022 ging die Suva davon aus, dass der Endzustand der linken Schulterproblematik per 31. Mai 2022 erreicht sei, was nicht zu beanstanden ist. Da im Zeitpunkt des Fallabschlusses Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung nicht zur Diskussion standen, beurteilt sich dessen Rechtmässigkeit danach, ob in der Folge von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten erwartet werden konnte (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2019, 8C_674/2019, E. 4.2). Aus den vorstehend geschilderten medizinischen Beurteilungen von Dr. H. und Prof. D. vom 14. April 2021 bzw. vom 22. Februar 2022 geht deutlich hervor, dass von weiteren Behandlungen mit keiner wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten zu rechnen war. Indem sich der Kreisarzt Dr. E. der Auffassung der beiden Fachärzte anschloss, liegen übereinstimmende Beurteilungen vor, weshalb die Suva zu Recht den medizinischen Endzustand per 31. Mai 2022 festlegte. Dies wird von der Versicherten auch nicht beanstandet.

6.1 Für weitere Leistungen über den Fallabschluss hinaus wie eine Rente oder eine Integritätsentschädigung hat der Unfallversicherer nur aufzukommen, wenn zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 144 V 427 E. 3.2) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

6.2 Bei einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Regel gegeben, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und innert der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden seit dem Unfall (RKUV 2000 Nr. U 359, S. 29 E. 5e) die für diese Verletzung typische Beschwerdesymptomatik (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Depression, Wesensveränderung usw.) zumindest teilweise aufgetreten ist (BGE 117 V 369 E. 4a und E. 4b). Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der HWS, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS, Distorsionstrauma der HWS mit Kopfanprall, vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) oder einem Schädel-Hirn-Trauma (BGE 134 V 109 und 117 V 369 E. 4a) beruhen.

6.3 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht

nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2010, 8C_626/2010, E. 5; BGE 112 V 30 E. 1b).

6.4 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 98 E. 5b/bb). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf des geltend gemachten Unfallereignisses auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sogenannte Psycho-Praxis; BGE 115 V 133), während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sogenannten Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Als Ausnahme von diesen Regeln greift allerdings die auf die objektiven, physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung (d.h. die Psycho-Praxis) auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild (BGE 119 V 338 E. 1) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer vorhandenen, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen).

7.1. Die rund 1 ½ Monate nach dem Unfallereignis durchgeführte MR-Arthrographie vom 12. September 2019 zeigte eine transmurale Ruptur im zentralen und hinteren Anteil der Supraspinatussehne, eine deutlich aktivierte AC-Gelenksarthrose mit kleinen Ossikeln an der Spitze des Acromions sowie eine leichte Tendinopathie an der Supraspinatussehne. Die Versicherte ist der Ansicht, dass – bis auf die Tendinopathie – sämtliche Befunde unfallkausal seien. Zur Begründung bringt sie vor, dass Prof. D. von einem traumatisierten und folglich von einem unfallkausalen AC-Gelenk ausgehe (vgl. auch Bericht von Dr. F. vom 2. Oktober 2019, der ebenfalls von einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur spricht). Die Fingerparästhesien seien Folge der Schulterproblematik und somit ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen. Entgegen der Ansicht der Versicherten kann allein aufgrund eines in der Diagno-seauflistung als traumatisiert bezeichneten Leidens nicht darauf geschlossen werden, dass die von der Versicherten geltend gemachten Beeinträchtigungen tatsächlich mit dem Unfallereignis in einem Zusammenhang stehen. Hierfür bedarf es einer nachvollziehbaren Begründung. Mit der Unfallkausalität der AC-Gelenksproblematik setzte sich jedoch keiner der behandelnden Ärzte auseinander. Das Gleiche gilt für die von der

Versicherten geltend gemachten Parästhesien an den Fingerspitzen. Einzig die Kreisärztin Dr. G. befasste sich mit der Unfallkausalität der transmuralen Ruptur und der AC-Gelenksproblematik. Dass die Kreisärztin sich nicht zur Unfallkausalität der Tendinopathie äusserte, ist wohl darauf zurückzuführen, dass es sich bei diesem Leiden um eine nicht-bakterielle Entzündung der Sehnen bzw. Sehnenscheiden in Ansatznähe und degenerative Veränderungen an Sehnenursprüngen und -ansätzen handelt (vgl. Pschyrembel, online URL: <https://rb.gy/l79g7a> [12.12.2023]). Bei diesem Leiden ist deshalb per se von einer unfallfremden Ursache auszugehen. In Bezug auf die anderen beiden Befunde der MR-Arthrographie erachtete sie nur die transmurale Ruptur als unfallkausal. Die AC-Gelenksproblematik bezeichnete sie von vorbestehender, degenerativer Natur. Eine Begründung hierfür fehlt jedoch. Bei dieser Sachlage müsste grundsätzlich die Unfallkausalität der AC-Gelenksproblematik und der Fingerparästhesien abgeklärt werden. Auf solche Abklärungen kann jedoch verzichtet werden. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, fehlt es vorliegend nämlich an dem für die Bejahung einer Leistungspflicht – zusätzlich zur natürlichen Unfallkausalität – erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den zum Zeitpunkt des Fallabschlusses geklagten Beeinträchtigungen und dem am 27. Juli 2019 erlittenen Unfall.

7.2. Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2022 für die von der Versicherten glaubhaft geschilderten Beeinträchtigungen keine objektiven Befunde vorliegen. Dabei ist zu beachten, dass nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung erst dann von objektivierbaren Unfallfolgen gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen hinreichend bestätigt werden können (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Keiner der behandelnden Ärzte konnte die im Zeitpunkt des Fallabschlusses geltend gemachten anhaltenden Schulterbeschwerden aufgrund der bildgebenden und klinischen Befunde objektiv erklären (vgl. Berichte von Dr. H. vom 16. Juni 2021, von Dr. K. vom 22. Dezember 2021 und Prof. D. vom 22. Februar 2022). Desgleichen waren die Parästhesien an den Fingerspitzen neurologisch nicht objektivierbar (vgl. EMG-Bericht von Dr. I. vom 12. Februar 2020). Es ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein auf das versicherte Ereignis zurückzuführendes organisches Korrelat für die von der Versicherten geklagte Symptomatik gegeben ist.

7.3 Mangels objektivierbarer Befunde hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen (vgl. Erwägung 6.4). Vorliegend wurde bei der Versicherten ein HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 7. August 2019 und Arztzeugnis UVG von Dr. C. vom 29. August 2019). Innert 72 Stunden beschrieb die Versicherte Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen, d.h. Beeinträchtigungen, welche zum bunten Beschwerdebild gehören. Diese wurden im weiteren Verlauf nicht mehr oder höchstens am Rande erwähnt. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses war schliesslich keine Rede mehr davon. Selbst die Versicherte gab anlässlich der Untersuchung durch Prof. D. an, dass die HWS-Beschwerden nur initial bestanden hätten. Ob unter diesen Umständen die Adäquanzbeurteilung dennoch nach BGE 117 V 359 (Schleudertrauma-Praxis) zu erfolgen hat, ist fraglich (vgl. Erwägung 6.4). Ob die Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 359 oder nach der Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 vorzunehmen ist, kann letztlich offenbleiben, da eine Leistungspflicht der Suva über den 31. Mai 2022 hinaus mangels adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten

Beschwerden selbst nach der für die Versicherte günstigere Schleudertrauma-Praxis zu verneinen ist (BGE 148 V 138 E. 5.1.2, 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2021, 8C_409/2021, E. 6.2). 8.1 Die Bejahung der Adäquanz nach der "Schleudertrauma-Praxis" setzt voraus, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen beziehungsweise leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Es handelt sich dabei um folgende Kriterien (BGE 134 V 109 E. 10.3): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung. Dabei ist nicht in jedem Fall der Einbezug sämtlicher Kriterien in die Gesamtwürdigung 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. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere der sieben unfallbezogenen Kriterien bejaht werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2018, 8C_414/2017, E. 3.4). Diese Qualifikation des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6b). 8.2 Gemäss Unfallschilderung der Versicherten vom 19. August 2019 waren ihr Ehemann und sie am 27. Juli 2019 in ihrem Auto auf der Autobahn in X. unterwegs gewesen. Sie sass schlafend auf dem Beifahrersitz, als ihr Ehemann plötzlich stark abbremsen müssen. Infolge eines zu langen Bremsweges sei er auf das vordere Auto aufgefahren. Mit der Suva ist einig zu gehen, dass einfache Auffahrunfälle – wie der vorliegende Unfall – rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2017, 8C_833/2016, E. 6.1). Bei einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist die Adäquanz zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sind (vgl. Alexandra Rumo - Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich/Basel/Genf 2012, zu Art. 6 S. 64). Dies wird von der Versicherten auch nicht bestritten. 8.3.1 Vorliegend ist weder das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls noch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung zu bejahen (Urteile

des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.2 mit Hinweisen, vom 15. Januar 2015, 8C_325/2014, E. 4.2.2 und vom 20. November 2008, 8C_397/2008, E. 5.2). Auch das Vorliegen des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist zu verneinen, zumal die medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlungen wie auch ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungen ausser Betracht fallen (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2012, 8C_150/2011, E. 9.2.4, vom 6. Februar 2007, U 479/05, E. 8.3.3 und vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.4). Ferner macht die Versicherte zu Recht nicht geltend, dass das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, erfüllt sei (BGE 134 V 109 E. 10.2.5). Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigten oder zu erheblichen Komplikationen geführt hätten, sind vorliegend nicht ersichtlich. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Wohl musste sich die Versicherte zwei Operationen an der linken Schulter unterziehen (vgl. Operationsberichte vom 25. Oktober 2019 und vom 14. August 2020). Dies kann indessen nicht als erhebliche Komplikation bezeichnet werden (Urteil des Bundesgerichts vom 30. August 2006, U 21/06, E. 4.5). Besondere Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, U 479/05, E. 8.5 mit Hinweis, publ. in: SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81), liegen hier nicht vor, weshalb das Kriterium nicht bejaht werden kann.

8.3.2 Beim Kriterium der erheblichen Beschwerden ist zu beachten, dass diese aufgrund der Individualität des Schmerzempfindens subjektiv ausgeprägt und deshalb zu objektivieren sind. Adäquanzrelevant können nur die in der Zeit zwischen dem fraglichen Unfallereignis und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt. Die Versicherte macht insbesondere geltend, dass sie immer noch an heftigen Schmerzen im Schulterbereich, an Taubheitsgefühlen in den Fingern und an Nachtschmerzen mit Erwachen und Aufstehenmüssen leide. So könne sie beispielsweise nur mit grosser Mühe und Unterstützung von Familienmitgliedern die Haushaltsarbeiten verrichten. Ferner sei sie nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Dass die Beschwerden zu einer gewissen Verminderung der Lebensqualität führen, wird nicht in Abrede gestellt. Ob in ihrem Fall von erheblichen Beschwerden gesprochen werden kann, ist schwierig, fehlen doch hierfür weitere entsprechende objektive Anhaltspunkte. Zu Gunsten der Versicherten wird das Kriterium der erheblichen Beschwerden bejaht, jedoch nicht in ausgeprägter Form.

8.3.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Weiter ist zu beachten, dass das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit sich nicht nur auf den angestammten Beruf, sondern auch auf alternative leidensangepasste Arbeiten bezieht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April

2014, 8C_635/2013). Der Versicherten war in der angestammten Tätigkeit seit dem Unfall durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Im April 2022 gelangte der Kreisarzt Dr. E. zum Schluss, dass der Versicherten auch eine leidensangepasste ganztägige Erwerbstätigkeit uneingeschränkt zumutbar sei (vgl. Beurteilung vom 11. April 2022). Das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil ist nachvollziehbar und überzeugend. Es liegen auch keine ärztlichen Berichte vor, welche dazu im Widerspruch stehen, weshalb darauf abzustellen ist. Die Versicherte bringt gegen diese Zumutbarkeitsbeurteilung auch keine substantiierten Einwände vor. Da aus den Akten keine Anstrengungen ersichtlich sind, dass die Versicherte versucht hätte, ihre Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu verwerten, kann dieses Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden. 8.4 Zusammenfassend ist somit höchstens eins der sieben Kriterien (erhebliche Beschwerden) gegeben, wobei dieses jedoch weder in besonders ausgeprägter Form noch in auffälliger Weise besteht. Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass es an einer genügenden Zahl erfüllter Kriterien fehlt, um die Adäquanz bejahen zu können. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. Juli 2019 und den von der Versicherten über den 31. Mai 2022 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist damit zu verneinen. Ebenso wenig besteht ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Wie bei allen UVG-Leistungen hat der Unfallversicherer nur für einen Integritätsschaden aufzukommen, wenn zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Fehlt es nach dem Gesagten am rechtserheblichen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2019 und den noch bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ist der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu verneinen. Die gegen den Einspracheentscheid vom 14. Juni 2023 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 9

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird dem Ausgang des Verfahrens entsprechend nicht ausgerichtet. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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