

FR_GERICHTE 605 2019 17 vom 16. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_17

FR: FR_GERICHTE 605 2019 17 du 16 avril 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 17 del 16 aprile 2020

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 21. Januar 2019 gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 30. November 2018 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit

E. 2

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des UVG und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Vorfall hat sich am 28. Januar 2016 ereignet, weshalb die bis zum 31. Dezember 2016 in Kraft stehenden Normen Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 3.1

Nach Art. 6 UVG werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 3.2

Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil BGer 8C_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Dabei kommt die Formel "post hoc, ergo propter hoc",

wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Anwendung (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Weitere Abklärungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs können unterbleiben, wenn die adäquate Kausalität der organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden ohnehin zu verneinen ist (Urteil BGer 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2).

E. 3.3

Weiter muss zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Ein Ereignis hat 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). Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann eintreten, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 12 gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (Urteil BGer 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 3.4

Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende

Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C_210/2018 vom 17. Juli 2018 E. 3.2.3.1. mit Hinweisen). So verleihen weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt Anspruch auf deren Durchführung. Der Gesundheitszustand muss prognostisch und nicht retrospektiv beurteilt werden (Urteil BGer 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Fallabschluss bedingt nicht, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist, sondern bestimmt sich vielmehr danach, ob weitere ärztliche Behandlungen eine namhafte Besserung erwarten lassen (vorerwähntes Urteil 8C_888/2013 E. 4.2.2). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Urteil BGer 8C_403/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1.1; BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Frage nach einer namhaften Verbesserung erübrigt sich für den Fall, dass nicht mehr von einem unfallkausalen Gesundheitsschaden auszugehen ist (Urteil BGer 8C_327/2010 vom 22. Juli 2010 E. 4).

E. 3.5

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund

Kantonsgericht KG Seite 5 von 12 der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen). Auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67).

E. 4

November 2016 (Suva-Akten Nr. 118) beschreibe namentlich eine spitze osteophytäre degenerative Ausziehung der Eminentia intercondylaris wie bei Arthrose, aber keine ossäre Läsionen. Bei eigener Beurteilung sei tatsächlich ein kleines freies Knochenfragment

beim Röntgen vom 12. Februar 2016 ersichtlich. Zudem sei die Struktur des VKB suspekt. Diese Unregelmässigkeit, die mit einer Teilruptur des VKB gleichgesetzt werden könne, bestehe auf der Kontroll-MRI vom 12. Juli 2016 nicht mehr. Auch das knöcherne Fragment sei wieder vollständig mit der Eminentia

Kantonsgericht KG Seite 7 von 12 intercondylica verbunden und knöchern eingehellt. Die leichten arthrotischen Änderungen seien nicht im Zusammenhang mit dem Unfall. Es könne zwar eine Verletzung des VKB postuliert werden, diese sei jedoch vollständig ausgeheilt. Bei der klinischen Untersuchung vom April 2017 habe kein Hinweis auf eine Kreuzbandinsuffizienz vorgelegen. Die ebenso postulierte Läsion des lateralen Meniskus sei auszuschliessen. Der Meniskus zeige in den MRI-Aufnahmen allenfalls eine mucoide Degeneration im Meniskuskorpus, jedoch keine Ein- oder Abrisse. Bei den unfallnahe beschriebenen meniskokapsulären Separationen an den Meniskushinterhörnern wie auch der Kapsleinriss am Aussenmeniskus handle es sich um Läsionen, die vorübergehend seien und voll- ständig ausheilen würden. Das Décollement des subcutanen Fettgewebes, eine Verletzung des Unterhautfettgewebes, sei vollständig reversibel und im zweiten MRI nicht mehr aufzufinden. Insgesamt seien alle Schäden am Knie verheilt. Diese Ausführungen überzeugen und decken sich mit den Akten. Zwar wurde von den Ärzten des F. _____ auch der Verdacht auf eine HKB-Läsion geäussert. Da aber der Therapieversuch mit einer Shift-Brace Schiene nicht zu einer Beschwerdeverbesserung führte, könne nicht von einer symptomatischen Instabilität des HKB ausgegangen werden. Dafür wurde eine mediale Überbelas- tung bei Varusstellung Knie rechts mehr als links festgestellt (vgl. Bericht vom 27. September 2016; Suva-Akten Nr. 104). Weiter diagnostizierte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Rheumatologie, am 15. November 2016 (Suva-Akten Nr. 132) eine Insertionstendinopathie der Quadrizepssehne rechts, die anamnestisch nach Tragen einer Orthese aufgetreten sei. Sonographisch fand sich eine peritendinöse Flüssigkeit (Differentialdiagnose Bursitis), ansonsten waren keine Auffälligkei- ten erkennbar. Dr. med. K. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsap- parates, notierte am 4. Januar 2017 (Suva-Akten Nr. 121), unbehandelt sei die Prognose schlecht, da die Varusachse die laterale Bandinsuffizienz verstärke. Deshalb werde eine laterale Bandrekon- struktion zusammen mit einer Valgisationsosteotomie empfohlen, womit eine erhebliche Verbesse- rung der Symptomatik erreicht werden könne. Am 13. Februar 2017 (Suva-Akten Nr. 138) erklärte er, eine varische Beinachse bringe stetigen Zug auf das Aussenband und verstärke eine Insuffi- zienz oder lasse sie gar manifest werden. Das F. _____ hielt am 10. Januar 2017 (Suva-Akten Nr. 135) chronische posttraumatische Schmerzen femoropatellär rechts fest. In der klinischen Untersuchung war jedoch der Gang unauf- fällig, der Zehen- und Fersenstand problemlos möglich, die Kraft und Sensibilität der unteren Extremitäten symmetrisch und allseits erhalten. Es fand sich einzig eine leichte Schwellung supra- patellär rechts sowie eine diffuse Druckdolenz. Damit liegen zwar weiterhin Knieprobleme vor, diese stehen jedoch nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfall. Die durch den Unfall verursachten Verletzung sind folgenlos verheilt. Dafür stehen heute unfallfremden Probleme im Vordergrund. So hatte der Suva-Arzt bereits am 10. April 2017 (Suva-Akten Nr. 154) darauf hingewiesen, die Varus- fehlerstellung sei nicht unfallkausal. Damit erübrigt sich der Beizug der Suva-Akten betreffend einen bezüglich des Knies geltend gemachten Rückfall.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin bringt vor, bereits 2014 habe sie einen Unfall erlitten, bei welchem sie sich einen Rückenwirbel geprellt habe. Frühere Sprunggelenksverletzungen seien verheilt. Die Arztberichte betreffend das rechte Knie seien widersprüchlich, weshalb gutachterlich zu klären sei, welche Knieverletzungen sie erlitten habe. Weiter sei entgegen der Suva davon auszugehen, dass die aktuell immer noch bestehenden Schmerzen und Einschränkungen in der Beweglichkeit des rechten Knies und des rechten Schultergelenks auf organisch festgestellte Verletzungen zurück- zuführen seien. Da dies die Suva bestreite, seien die Unfallfolgen an der Wirbelsäule, am rechten Knie und am rechten Schultergelenk gutachterlich zu prüfen. Zudem stehe die depressive Episode nicht im Zusammenhang mit der Trennung von ihrem Ehemann. Dies habe sie verarbeitet. Die Ursache seien vielmehr die Unfallfolgen und sie habe auch den Unfall noch nicht verarbeitet und meide weiterhin die Unfallkreuzung. Schliesslich habe die Suva die Kriterien gemäss BGE 115 V 133 (Psycho-Rechtsprechung) verneint, was ebenfalls durch ein Gutachten zu prüfen sei.

E. 4.2

Die Suva stützte sich für ihren Entscheid auf die Berichte ihres Kreisarztes Dr. med. D._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dieser untersuchte die Beschwerdeführerin zweimal persönlich (vgl. Berichte vom 10. April 2017 [Suva-Akten Nr. 154] und 28. September 2017 [Suva-Akten Nr. 174]). Im April 2017 ging er von einem Status nach Verkehrsunfall mit Commotio cerebri, Kontusion der rechten Schulter mit fraglich abgelaufener temporärer Luxation, Kontusion der unteren Wirbelsäule sowie des rechten Kniegelenkes aus. Klinisch bestehe weder eine Instabilität des Schultergelenkes noch eine Lockerung der Kreuzbänder am rechten Kniegelenk. Die Varusfehlstellung in beiden Kniegelenken sei nicht unfallkausal, Unfallfolgen liessen sich am rechten Knie nicht nachweisen. Bei der Wirbelsäule beständen nur noch muskuläre Probleme der Halswirbelsäule (HWS). Es liege eine erhebliche psychosomatische Komponente vor. Die Beschwerdeführerin mache einen über- aus vorsichtigen und ängstlichen Eindruck. Eine namhafte Besserung sei nicht mehr zu erwarten, der Endzustand sei erreicht. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Die Integritätseinbusse erreiche die Erheblichkeitsgrenze nicht. Im September 2017 verneinte er Hinweise auf eine nervale Läsion im rechten Bein und auf richtungsgebende strukturelle Unfallfolgen und wies auf eine mögliche Somatisierung bei derzeit noch nicht stabiler psychischer Situation hin. Er schlug eine neurologische Abklärung vor. Diese ergab keine richtungsgebenden strukturellen Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet. Die Ärzte des E._____ vermuteten einzig, aufgrund des Unfallmechanismus sei eine Kontusion des N.

Kantonsgericht KG Seite 6 von 12 peroneus rechts mit vorübergehender Funktionsstörung denkbar, dies liesse sich aber nicht mehr fassen. Auffällig sei eine höhere Reizschwelle des rechten Nervens am Fibulaköpfchen, was auf einen Status nach Kontusion hindeuten könne (vgl. Bericht vom 23. Oktober 2017; Suva-Akten Nr. 187). In der Folge hielt der Suva-Arzt am 20. November 2017 (Suva-Akten Nr. 193) an seiner Sichtweise fest.

E. 4.3

Entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin fehlt es nicht an einem Bericht der Erstuntersuchung mit allfälligen Röntgenbildern, MRI oder CT in den Suva-Akten. Vielmehr fanden während der Hospitalisation im F._____ diverse Abklärungen ab, die dazugehörigen Berichte datieren aber erst vom 25. Februar 2016. Am Unfalltag fand ein

Ganzkörper-Lodox/Röntgen Knie/CT Polyspirale (Suva-Akten Nr. 21), ein MRI der HWS (Suva-Akten Nr. 17) sowie ein CT Schädel (Suva-Akten Nr. 20) statt. Ferner wurde im Bericht des F._____ vom 12. Februar 2016 (Suva-Akten Nr. 12) ein CT Schulter vom Unfalltag erwähnt. Am Austrittstag (1. Februar 2016) wurden ein Röntgen der rechten Schulter (Suva-Akten Nr. 16) sowie ein MRI des rechten Knies (Suva-Akten Nr. 16) gemacht.

E. 4.3.1

Hinsichtlich des Knies kritisiert die Beschwerdeführerin, ein Röntgen vom 25. Februar 2016 von Dr. med. G._____, Fachärztin für Radiologie, habe eine Fraktur mit Fragment an der eminentia intercondylaris linksseitig mit Verdacht auf einen ossären Kreuzbandriss gezeigt. Jedoch verneine Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, am gleichen Tag eine Fraktur. Weiter habe Dr. med. I._____, Facharzt für Radiologie, neben einer meniskokapsulären Zerrung des Hinterhorns beidseits Verdachtsdiagnosen gestellt und eine Fraktur weder bestätigt noch ausgeschlossen. Der Austrittsberichts des F._____ (Suva-Akte Nr. 23) wiederum verneine eine Fraktur. Es ist festzuhalten, dass die Untersuchungen der drei Radiologen nicht alle am gleichen Tag stattfanden. Das Knie wurde von Dr. med. H._____ am Unfalltag geröntgt und dabei wurde einzig ein diskreter Erguss im Recessus suprapatellaris erkannt. Dr. I._____ nahm das vorerwähnte MRI vom 1. Februar 2016 vor und Dr. med. G._____ äusserte sich erst am 12. Februar 2016. Die Beschwerdeführerin brachte diese Kritik bereits in ihrer Einsprache vor. Der Suva-Arzt nahm dazu am 11. April 2018 (Suva-Akten Nr. 210) Stellung. Das Röntgen vom 12. Februar 2016 zeige ein kleines knöchernes Fragment an der Eminentia intercondylaris und der Verdacht auf einen ossären Kreuzbandriss werde geäussert. Das MRI werde mit dem Verdacht auf eine Verletzung der Aussenmeniskus-Hinterhornwurzel sowie des posterolateralen Bündels des vorderen Kreuzbandes (VKB) mit angrenzendem Knochenmarködem an der tibialen Insertion beurteilt. Zudem werde eine meniskokapsuläre Zerrung des Hinterhorns beidseits, ein femoropatellares Maltracking, eine retropatellare Chondropathie Grad III–IV sowie ein Décollement der subcutanen Fettgewebes um das Kniegelenk mit subcutanem Ödem präpatellar diagnostiziert. Ein MRI vom 12. Juli 2016 (Suva-Akten Nr. 79) zeige keine Fraktur, kein Ödem und keine ossäre Läsion. Das femoropatellare Gelenk sei knorpelig intakt, vorderes und hinteres Kreuzband (HKB) würden intakt beschrieben. Die Signalalteration am VKB sei regredient. Ebenso sei es zu einer vollständigen Regredienz der Signalalteration an der meniskokapsulären Anheftung beidseits sowie der Signalalteration im Bereich der Aussenmenisci bis Hinterhornwurzel gekommen. Das Röntgen vom

E. 4.3.2

In Bezug auf die rechte Schulter bringt die Beschwerdeführerin vor, im CT sei eine mentale Humeruskopfläsion festgestellt worden, die aber konventionell radiologisch nicht mehr dargestellt werden konnte. Das F._____ habe am 10. März 2016 (Suva-Akten Nr. 22) die Diagnose einer traumatischen posteriorer Schulterluxation mit reverser Hill-Sachs-Läsion rechts, einer Spontanreposition am 28. Januar 2016 sowie einer AC-Gelenksdistorsion (Typ Rockwood I) gestellt.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 12 Der Suva-Arzt nahm am 11. April 2018 auch dazu Stellung. Ein CT vom 28. Januar 2016 diskutiere eine fraglich stattgefundene posteriore Schulterluxation mit Spontanreposition und erwähne eine reverse Hill-Sachs-Läsion. Eine

Röntgenaufnahme des rechten Schultergelenkes sowie der AC- Gelenke finde eine regelrechte Artikulation im Glenohumeralgelenk ohne Humeruskopfhochstand wie auch eine regelrechte Artikulation der AC-Gelenke. Die im CT beschriebene ventrale Humeruskopfläsion habe konventionell-radiologisch nicht dargestellt werden können. Ein MRI vom 6. Juli 2016 (Suva-Akten Nr. 78) beschreibe keine reverse Hill-Sachs-Läsion. Bei eigener Beurteilung der vorliegenden Bildgebung könne eine umgekehrte also reverse Hill-Sachs-Läsion auf der Rückseite des Humeruskopfes ausgeschlossen werden. Ferner möge eine ACG-Distorsion vorgelegen haben, richtungsgebende strukturelle Unfallfolgen habe diese jedoch nicht hinterlassen. Hingegen müsse anhand der MRI-Bilder eine ACG-Arthrose vorausgesetzt werden, die aber nicht innert sechs Monaten seit dem Unfall entstanden sein könne. Eine Distorsion des AC-Gelenkes sei als vorübergehende Verschlimmerung anzusehen. Der Vorzustand sei spätestens anlässlich der kreis- ärztlichen Untersuchung vom April 2017 wiederhergestellt gewesen. Auch bezüglich der Schulter kann dem Suva-Arzt gefolgt werden. So hielt das F. _____ im vorerwähnten Bericht vom 10. März 2016 bezüglich der ACG-Distorsion (Rockwood Typ I) fest, es zeige sich ein guter Verlauf und die Mobilisation sei bereits weit fortgeschritten. Erst im Bericht vom 17. Juli 2016 (Suva-Akten Nr. 76) wurde gestützt auf ein Arthro-MRI vom 6. Juli 2016 (Suva-Akten Nr. 78) ein superiorer Labrumriss entsprechend einer SLAP-Läsion Grad II erwähnt, gleich- zeitig aber erklärt, es ergebe sich keine operationswürdige Läsion. Bei der Rotatorenmanschette zeigte sich eine Tendinopathie der Supraspinatussehne und damit ein degenerativer Schaden, da eine Tendinopathie in der Regel durch eine Überanspruchung oder durch Mikrotraumen verursacht wird (vgl. Pschyrembel, Orthopädie und Unfallchirurgie, 2013). Am 12. Oktober 2016 (Suva-Akten Nr. 109) erklärten die Ärzte des F. _____, eine Infiltration habe zu einer besseren Beweglichkeit geführt. Es stehe eine diffuse belastungsabhängige Schmerzproblematik im Vordergrund, ein Schmerzpunkt könne nicht genau benannt werden. Ferner ist es von Interesse, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung vom April 2017 nur noch Kniebeschwerden geltend machte (vgl. Suva-Akten Nr. 164, 167 und 169 alle vom September 2017). Auch die kreisärztliche Untersuchung vom September 2017 hatte allein die Knieproblematik zur Thematik.

E. 4.3.3

Weiter macht die Beschwerdeführerin eine Hirnerschütterung mit partieller Amnesie und Subgaleal-Hämatom partiell rechts mit HWS Kontusion sowie ein chronisch rezidivierendes lumbo- vertrales Schmerzsyndrom geltend. Diesbezüglich hielt der Suva-Arzt am 11. April 2018 fest, es habe eine Commotio cerebri sowie ein Subgaleal-Hämatom (vgl. vorerwähntes CT Schädel vom 28. Januar 2016) vorgelegen, entspre- chend einer Blutergussbildung unter der Kopfhaut. Diese sei vollständig ausgeheilt. Hinsichtlich der lumbovertebralen Problematik sei einzig von einer Kontusion der Lendenwirbelsäule auszuge- hen. Im Austrittsbericht des F. _____ (vgl. Bericht vom 2. Februar 2016; Suva-Akten Nr. 23) werde eine leichte Anterolisthese L5/S1 sowie eine Chondrose L5/S1 bei massiver Hyperlordose beschrieben. Diese Pathologien seien nicht Unfallfolge, sondern älter. Der Unfall habe zwar zu organisch-objektivierbaren Verletzungen geführt. Dabei handle es sich aber durchgehend um vorübergehende Verschlimmerungen ohne richtungsgebende strukturelle Unfallfolgen. Diese Angaben decken sich ebenfalls mit den Akten. Das vorerwähnte MRI HWS vom Unfalltag ergab nur eine geringe Kyphosierung respektive minimale Anterolisthese HWK2/3 bis HWK4/5. Ein MRT Schädel vom 4. April 2016 (vgl. Suva-Akten Nr. 48) zeigte eine altersentsprechend

unauf- fällige Darstellung des Neurocraniums, insbesondere ergab sich kein Nachweis einer Traumafolge.

Kantonsgericht KG Seite 9 von 12 Zwar erwähnte Dr. med. J._____ am 23. Januar 2017 (Suva-Akten Nr. 133) ein chronisches rechtsbetontes zervikovertebragenes Schmerzsyndrom, diese Problematik wird jedoch in keinem der späteren Arztberichten erwähnt.

E. 4.4

Damit haben die direkt nach dem Unfall vom 28. Januar 2016 objektivierbaren physischen Unfallfolgen nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Gesundheitszustandes geführt und lagen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. November 2017 nicht mehr vor, weshalb sich weitere Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, erübrigen. Zu keiner anderen Einschätzung führen die Berichte von Dr. med. L._____, Facharzt für Radio- logie. Dieser nahm am 6. Juli 2018 (Suva-Akten Nr. 228) ein MRT des rechten Kniegelenkes vor und verneinte eine nachweisliche Traumafolge. Demgegenüber bestehe eine schwere Retropatel- lararthrose. Bei der geltend gemachten Neu beurteilung vom 23. August 2018 (Suva-Akten Nr. 229) durch Dr. med. L._____ des Knie-MRI vom 1. Februar 2016 handelt es sich um eine wortge- naue Wiedergabe dieses MRI-Berichtes sowie eines Orthoradiogrammes vom 16. September 2016 (Suva-Akten Nr. 123) ohne jeglichen Kommentar von Dr. med. L._____. Ebenso zu keiner anderen Sichtweise führen die in Gegenbemerkungen vorgebrachten Argu- mente, da sich aus diesen keine wesentliche neuen Gesichtspunkte ergeben, wie die Suva zu Recht in ihren Schlussbemerkungen festhält. Die weiterhin geltend gemachten Schmerzen im rechten Knie und Schultergelenk sind entweder degenerativer Natur bzw. müssen als nicht objektivierbar qualifiziert werden. Zudem besteht eine psychische Problematik. Die M._____ stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit länge- rer depressiver Reaktion mit vereinzelt psychotraumatologischen Symptomen. Die Beschwerde- führerin habe den Unfall als lebensbedrohlich empfunden (vgl. Austrittsbericht vom 24. Mai 2016; Suva-Akten Nr. 59). Am 15. März 2017 (vgl. Suva-Akten Nr. 147) hielt das F._____ fest, es liege eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (im Rahmen einer protra- hierten Anpassungsproblematik nach Verkehrsunfall sowie Trennung vom Ehemann 2/2016) vor. Es imponiere ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom, welches sich progredient nach dem Unfall und der nur wenig später erfolgten Trennung vom Ehemann entwickelte. Ausserdem habe sie den Unfall nach eigenen Angaben bisher nicht verarbeitet. Weiter notierte das E._____ in seinem vorerwähnten Bericht, sie sei auch psychisch stark belastet und verzweifelt, da sie trotz zahlreicher Therapien keine Verbesserung der Situation verspüre. Die Frage, ob diese nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. Januar 2016 sind, kann offengelassen werden, weil der adäquate Kausalzusammenhang dieser Beschwerden zu verneinen ist.

E. 5

Wie soeben dargestellt, liegen nur noch nicht objektivierbare bzw. psychische Beschwerden vor, weshalb gemäss der vorne dargestellten Rechtsprechung für die Prüfung des adäquaten Kausal- zusammenhangs die sog. Psycho-Praxis zur Anwendung kommt, was im Grundsatz auch von der Beschwerdeführerin anerkannt wird.

E. 5.1

Gemäss dieser Rechtsprechung ist zu unterscheiden nach der Schwere des Unfalls, wobei die Unfallschwere aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickeln- den Kräften zu beurteilen ist. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.2 mit Hinweis namentlich auf BGE 140 V 356 E. 5.1).

Kantonsgericht KG Seite 10 von 12 Bei banalen und leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint und bei schweren Unfällen in der Regel bejaht werden. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier müssen weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einbezogen werden. 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. Je nach den konkreten Umständen kann 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 unfallbezogene Kriterien herangezogen werden (BGE 115 V 133 E. 6). Bei mittleren Unfällen müssen drei der Adäquanzkriterien erfüllt sein (Urteil BGer 8C_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). Ferner sind bei der Anwendung der Psycho-Praxis die psychischen Aspekte (Urteil BGer 8C_390/2011 vom 10. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen) wie auch die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (Urteil BGer 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin bringt vor, beim Unfall sei sie rund 10 Meter weit durch die Luft geschleudert worden und in der Folge besinnungslos gewesen, weshalb von einem mittelschweren, wenn nicht gar von einem schweren Unfall auszugehen sei. Die Suva ihrerseits qualifizierte den Unfall vom 28. Januar 2016 als höchstens mittelschwer im engeren Sinn. Bei einem Unfall bei dem ein Zweiradfahrer von einem Auto frontal erfasst, auf die Motorhaube gehoben und rund 22 Meter von der Kollisionsstelle weg auf das Trottoir geschleudert wurde, ging das Bundesgericht von einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Ereignis aus. Ebenso bei einem Unfall, bei welchem der Versicherte, der auf dem Fussgängerstreifen unterwegs war, von einem praktisch ungebremst in ihn hineinfahrendes Auto 15 bis 20 Meter durch die Luft geschleudert wurde (vgl. Urteil EVG U 214/04 vom 15. März 2005). Demgegenüber wurde bei einer Versicherten, die als Fussgängerin von einem Auto angefahren wurde, sich den Kopf heftig

an der Windschutzscheibe anschlug hat und auf die Strasse geworfen wurde (vgl. Urteil BGer 8C_990/2008 vom 6. März 2009), bei einer Versicherten, die auf dem Fussgängerstreifen von einem mit einer Geschwindigkeit von ca. 40 bis 50 km/h fahrenden Personenwagen frontal erfasst wurde und verletzt auf der Strasse liegen blieb (vgl. Urteil BGer 8C_546/2013 vom 24. September 2013) sowie bei einer Versicherten, die beim Überqueren der Strasse im Bereich eines Fussgängerstreifens von einem mit einer Geschwindigkeit von ca. 40 km/h herannahenden Auto erfasst,

Kantonsgericht KG Seite 11 von 12 auf die Motorhaube geschleudert, den Kopf an der Windschutzscheibe anschlug und anschliessend auf die Fahrbahn zurückgeworfen wurde (vgl. Urteil BGer 8C_236/2016 vom 11. August 2016) das Ereignis jeweils als ein mittlerer Unfall im engeren Sinn qualifiziert. Die Angabe, die Beschwerdeführerin sei 10 Meter durch die Luft geschleudert worden, findet sich in den Arztberichten (vgl. etwa Suva-Akten Nr. 17, 20, 21 und 23), und im Dokument "Unfallhergang und Angaben zur Unfalldokumentation" vom 11. April 2016 (Suva-Akten Nr. 46) wurde vermerkt, gemäss der Polizei sei die Beschwerdeführerin ca. 8 Meter durch die Luft geschleudert worden. Der Unfallverursacher war gemäss dessen Angaben im Polizeirapport (Suva-Akten Nr. 52) im Kreisverkehr, in welchem er nach links abbog, mit ca. 10-20 Km/h unterwegs als es zur Kollision kam. Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Kasuistik ist es nicht zu kritisieren, dass die Suva den Unfall als mittelschwer im engeren Sinn qualifiziert hat. Damit müssen drei der Kriterien bzw. eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein.

E. 5.3

Hinsichtlich der einzelnen Adäquanzkriterien hält die Beschwerdeführerin einzig fest, diese würden von der Suva verneint, was gutachterlich zu prüfen sei. Sie verkennt dabei offensichtlich, dass es sich bei der Frage der Adäquanz um eine Rechtsfrage handelt, weshalb sich Mediziner dazu eben gerade nicht zu äussern haben. Ferner ist offensichtlich keines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt. So kann bereits nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gesprochen werden, da dabei zu berücksichtigen ist, dass die Beschwerdeführerin eine Amnesie für das Unfallgeschehen hat (vgl. vorerwähntes Urteil BGer 8C_358/2014 E. 2.4.3 sowie Urteil BGer 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.3.2). Weiter sind die Kriterien der Schwere oder besondere Art der Verletzung, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung sowie der schwierige Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen hinsichtlich der objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen ebenfalls klar nicht als erfüllt zu betrachten. Was den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 26. September 2016 wiederum ihrer angestammten Tätigkeit als Sekretärin im vertraglichen Pensum von 80% nachging. So verlangte sie selber am 18. Oktober 2017 (Suva-Akten Nr. 181) von der Suva eine Bestätigung darüber, dass sie seit dem 26. September 2016 wieder 100% arbeitsfähig sei. Dieses Kriterium kann deshalb auch nicht als erfüllt betrachtet werden. Somit sind mindestens 5 der 7 Kriterien nicht erfüllt, weshalb die Adäquanz der nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden zum Unfall vom Januar 2016 nicht gegeben ist.

E. 6

Zusammenfassend hat die Suva zu Recht den Fallabschluss per 30. November 2017 vorgenommen. Diesbezüglich ist daran zu erinnern, dass sich der Zeitpunkt des Fallabschlusses danach bestimmt, ob weitere ärztliche Behandlungen eine namhafte

Besserung erwarten lassen oder nicht, wobei hier die zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, im Vordergrund steht. Die Beschwerdeführerin war seit dem 26. September 2016 wieder als Sekretärin in ihrem vertraglichen Pensum von 80% tätig. Ferner stellte der Suva-Arzt bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. April 2017 fest, der Endzustand sei erreicht. Zudem haben die direkt durch den Unfall verursachten objektivierbaren Beschwerden nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Damit sind auch die Voraussetzungen für eine Invalidenrente der Unfallversicherung nicht erfüllt. Ferner wurde gemäss

Kantonsgericht KG Seite 12 von 12 dem Suva-Arzt die Erheblichkeitsgrenze für die Zusprache einer Integritätsentschädigung nicht erreicht, weshalb auch eine solche nicht geschuldet ist. Die weiterhin vorhandenen nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden stehen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall, weshalb sich aus ihnen keine Leistungsansprüche ergeben. Der Einspracheentscheid der Suva vom 30. November 2018 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben. Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 16. April 2020/bsc Der Präsident: Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

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