

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/60 vom 16. April 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_60

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/60 du 16 avril 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/60 del 16 aprile 2012

Regeste

Art. 6 und 18 UVG. Art. 16 ATSG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden. Prüfung des Anspruchs auf Unfallinvalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. April 2012, UV 2011/60).

Erwägungen

E. 1.1

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 19. September 2005 ausgerichtet wurden, auf den 31. August 2011 eingestellt werden durften oder nicht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

E. 1.2

Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige

Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

E. 2.1

In der Zeit nach der Rückfallmeldung im Januar 2009 bescheinigten Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, und Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei der Beschwerdeführerin teilweise oder volle Arbeitsunfähigkeiten (UV-act. 4/4, 4/6, 4/7-4/20). Dr. med. F.____ berichtete am 14. März 2009 unter anderem, nachdem die Behandlung durch Dr. E.____ bei voller Arbeitsfähigkeit am 21. November 2005 abgeschlossen worden sei, hätten sich 2007 die Schmerzen im rechten Ellbogen verstärkt. Dr. D.____ habe im Mai 2007 die Metallentfernung am Humerus rechts vorgenommen, wobei er zwei Schrauben im Humerusschaft habe belassen müssen. Der Verlauf sei anfänglich gut gewesen, doch sei es unter Arbeitsbelastung ab 2008 wieder zu Ellbogenschmerzen gekommen. Im Oktober 2008 sei bei radial betonter Arthrose eine arthroskopische Gelenkstoilette durchgeführt worden. Ab Januar 2009 habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit wieder zu 50% aufnehmen können und es habe sich eine Schmerzexazerbation mit Hyperalgesie des Ellbogens und massiver Verspannung des gesamten rechten Arms entwickelt. Diese Beschwerden seien durch eine Ellbogenarthrose kaum zu erklären gewesen und die klinische Untersuchung habe ein druckdolentes AC-Gelenk bei Status nach Schulterkontusion vom 19. September 2005 gezeigt. Eine Infiltration des rechten AC-Gelenks (im Januar 2009; UV-act. 2/4) habe völlige Beschwerdefreiheit gebracht. Das MRI vom 2. Februar 2009 (UV-act. 2/7) habe eine reaktivierte AC-Gelenksarthrose rechts mit Impingementsyndrom des Supraspinatus ohne Nachweis einer Ruptur gezeigt. Ursache der AC-Arthrose sowie der aktuellen Beschwerden und der allfälligen Operation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Schulterkontusion rechts anlässlich des Unfalls vom 19. September 2005 (UV-act. 3/2). Am 3. April 2009 führte Dr. D.____ die Schulterarthroskopie rechts mit Acromioplastik und AC-Gelenkresektion durch (UV-act. 2/11). Am 20. Mai 2009 berichtete er über protrahierte Schulter-Armschmerzen rechts (UV-act. 2/15). Im Juni 2009 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik H.____ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 14. Juli 2009 wurde unter anderem festgehalten, neben somatischen Befunden habe sich eine mindestens leichtgradige depressive Symptomatik gefunden. Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit werde ein langsamer Wiedereinstieg mit zunächst 50% ab 9. Juli 2009 für eine Woche mit Steigerung auf 75% und 100% an einem geeigneten

Arbeitsplatz ohne Überanstrengung des rechten Armes empfohlen. Die Empfehlung der endgültigen Arbeitsfähigkeit bestimme der Operateur (UV-act. 2/18). Dr. D. ___ bestätigte am 21. Juli 2009 massive Schulter- bzw. Oberarmschmerzen, deren Ursache ihm nicht klar sei. Die Infiltration am 17. Juli 2009 habe zu keiner Verbesserung geführt. Er bitte um eine konsiliarische Beurteilung (UV-act. 2/19). Letztere erfolgte am 28. September 2009 in der Uniklinik Balgrist und führte zur Feststellung des weiteren Behandlungsbedarfs mit Arbeitsunfähigkeit bis 1. Dezember 2009 (UV-act. 2/22, 2/23, 2/24). Die Ärzte des Universitätsspitals Zürich empfahlen im Bericht vom 29. März 2010 aufgrund des therapierefraktären Verlaufs die Teilnahme an einem interdisziplinären Schmerzprogramm (UV-act. 1/53).

E. 2.2

Die AEH-Gutachter bestätigten am 9. September 2010 die Diagnosen eines protrahierten Schulter-/Arm-Schmerzsyndroms rechtsseitig, eines Status nach stumpfem Thorako-Abdominaltrauma, Commotio cerebri, HWS-Distorsion und Schulterkontusion bei Autounfall am 19. September 2005 sowie ein dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten ohne Hinweis auf eine psychiatrische Erkrankung mit Krankheitswert. Die Leistungsbereitschaft der Versicherten anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit wurde als nicht zuverlässig beurteilt; die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Die Resultate der Belastbarkeitstests seien daher nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte bei gutem Effort mehr leisten könnte. Da die physiotherapeutischen Behandlungen zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt hätten, werde eine wieder vermehrte Belastung im Alltag empfohlen. Geplant sei die Aufnahme in ein interdisziplinäres Schmerzprogramm im Unispital Zürich. Eine Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit dadurch sei unwahrscheinlich. Allerdings könnten mit dem Programm die Lebensqualität und die Voraussetzungen für die berufliche Eingliederung positiv beeinflusst werden. Die Schulterproblematik werde in Bezug auf die somatisch-strukturell-funktionellen Befunde im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. September 2005 gesehen (Begründung im Gutachten). Das Unfallereignis habe hier zur Entwicklung einer vorzeitigen rechtsseitigen AC-Gelenkarthrose geführt, weshalb am 3. April 2009 auch eine operative Intervention durchgeführt worden sei. Therapeutische Massnahmen zur Verbesserung der Situation im rechten Schultergelenk seien eine zukünftige Option, jedoch erst nach Besserung des dysfunktionalen Krankheits- und Schmerzverhaltens. Die Ellbogenbeschwerden stünden nicht mit ausreichender Sicherheit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. September 2005 (Begründung im Gutachten). Aufgrund der somatischen Befunde sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin wahrscheinlich auf Dauer nicht mehr zumutbar. Wegen den zu hantierenden Gewichten bestehe hier aufgrund der unfallbedingten Schulterproblematik eine wesentliche Einschränkung. Ein dysfunktionales Krankheitsverhalten begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Für eine körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin unter Beachtung von Hebe- und Tragelimiten und Einschränkungen der Arbeit über Schulterhöhe und bei Vorneigung (Stehen, Sitzen, Kriechen) arbeitsfähig. Keine Einschränkungen beständen beim Sitzen, Stehen an Ort, Stehen und Gehen und auch beim Gehen und Treppensteigen. Die unfallbedingten Einschränkungen würden sich vor allem auf die Arbeiten mit dem rechten Arm in Bezug auf die Gewichtsbelastung (maximal 10-12.5 kg) und bei Arbeiten über Kopf beschränken. Der durch die Schulter bedingte Integritätsschaden betrage 5%. Der heutige Zustand sei ca. sechs Monate nach

Durchführung der Acromioplastik, d.h. ab Oktober 2009 erreicht gewesen (UV-act. 3/10). Im Nachgang zur Durchführung eines interdisziplinären Schmerzprogramms bestätigten die Ärzte des Universitätsspitals Zürich im Bericht vom 7. Februar 2011 unter anderem die Diagnosen von chronischen Schulter- und Armschmerzen rechts, einer mittelschweren Depression, eines Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom links sowie eines chronischen zervikothorakovertebralen und zervikozephalen Schmerzsyndroms. Sie kamen unter anderem zum Schluss, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine Psychotherapie und die Betreuung in einem Tageszentrum für psychisch kranke Menschen empfehle (UV-act. 3/7). Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 23. Februar 2011, Psychotherapie mache bei der Beschwerdeführerin keinen Sinn, da sie ihre Schmerz- und Funktionsstörungen auf körperliche Fehlfunktionen zurückführe und nicht bereit gewesen sei, die Hintergründe ihrer Probleme zu reflektieren (UV-act. 3/8). Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin bestätigten die AEH-Gutachter am 18. April 2011 ihre früheren Feststellungen. In einer angepassten Tätigkeit, wie sie im Gutachten beschrieben sei, bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (ganztägige Zumutbarkeit). Die Anpassungen im Vergleich zur angestammten Tätigkeit seien hier zu 50% durch die unfallbedingten Funktionseinschränkungen bedingt (UV-act. 3/15).

E. 3.1

In Bezug auf den Schulterbereich ist ein durch den Unfall vom 19. September 2005 bedingter organisch-struktureller (somatischer) Gesundheitsschaden in Anbetracht der geschilderten Aktenlage überwiegend wahrscheinlich zu bejahen (vgl. UV-act. 3/2, 3/10). Hinsichtlich der Beschwerden im Ellbogen ist aktenmässig dokumentiert und auch unbestritten, dass diese nicht auf das Unfallereignis vom 19. September 2005 zurückzuführen sind (vgl. UV-act. 3/10). Anhaltspunkte für unzutreffende Feststellungen im AEH-Gutachten in somatischer Hinsicht sind weder aus den Akten ersichtlich noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Die erstbehandelnden Spitalärzte vermerkten bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 19. September 2005 eine Commotio cerebri mit GCS (Glasgow-Coma Skale) von 15 sowie eine HWS-Distorsion (UV-act. 2/1, 2/2). Sie bestätigten damit unter anderem eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI; vgl. dazu S. Johannes/ R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Ist eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall aufgetreten sein. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestiert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Angesichts der geschilderten Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds insofern nicht gesprochen werden, als sich nach dem Unfall neben Schmerzen in der HWS soweit ersichtlich keine eigentliche Beschwerdebildhäufung im erwähnten Sinn ergab (vgl. UV-act. 2/1, 2/2). Von daher erscheint

die natürliche Unfallkausalität der Beschwerden nicht ohne weiteres ausgewiesen. Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) desto strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem (erneuten) Eintritt der Gesundheitsschädigung ist (RKUV 1997, 188 E. 1c). Damit wieder aufgetretene Beeinträchtigungen auch noch nach einer längeren Zeit, während der sich die anfängliche Symptomatik zurückgebildet hat, mit hinreichender Zuverlässigkeit dem Unfall als dem versicherten Ereignis zugerechnet werden können, muss der Beschwerdeverlauf eine gewisse Kontinuität aufweisen. Dieser zeitliche Zusammenhang ist gerade nach Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule von grosser Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität, weil ein Zervikalsyndrom - als das nach einer Schleudertraumaverletzung meist zentrale Symptom - in dem Sinn ätiologisch unspezifisch ist, als oft auch andere Faktoren (degenerative Veränderungen, muskuläre Dysbalance etc.) als massgebende Ursachen für diese Beeinträchtigungen in Betracht fallen (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006, U12/06, E. 4.2). - Die AEH-Gutachter kamen zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten ohne Hinweis auf eine psychiatrische Erkrankung mit Krankheitswert. Die Leistungsbereitschaft beurteilten sie als nicht zuverlässig; die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin (act. G 3/10). Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand zwischenzeitlich verschlechtert habe und nimmt dabei explizit Bezug auf die von ihrer Psychiaterin bescheinigte starke Depression (act. G 1) und psychische Belastung bei unerträglichen Schmerzen (act. G 5). Von Seiten des Universitätsspitals Zürich wurde auch noch im Februar 2011 ein chronisches Schmerzsyndrom im Zervikalbereich bescheinigt (UV-act. 3/7). Die sich hieraus ergebende Frage, ob tatsächlich eine Verschlechterung der psychischen Situation vorliegt und ob die gesundheitlichen Beschwerden nichtorganischer Art (insbesondere die psychischen Befunde) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 19. September 2005 stehen, kann offen bleiben, weil - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die adäquate Unfallkausalität zu verneinen ist. Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einer - wenn auch zeitlich befristeten - Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht für den im Jahr 2009 gemeldeten Rückfall bis Ende August 2011 anerkannte.

E. 3.2

Nachdem von Seiten der Uniklinik Balgrist im Herbst 2009 ein Behandlungsbedarf bejaht worden war (UV-act. 2/23, 2/23), hielten die AEH-Gutachter im September 2010 fest, dass die physiotherapeutischen Behandlungen zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt hätten. Sie empfahlen die Durchführung eines interdisziplinären Schmerzprogramms im Wesentlichen zur Verbesserung der Lebensqualität und erachteten eine Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit als unwahrscheinlich (UV-act. 3/10 S. 13). Die im Februar 2011 von den Ärzten des Universitätsspitals empfohlene Psychotherapie (UV-act. 3/7) wurde von Dr. G. ___ mit Hinweis auf die fehlende Bereitschaft der Beschwerdeführerin, die Hintergründe ihrer Probleme zu reflektieren, als nicht sinnvoll erachtet (UV-act. 3/8). Gestützt auf diese Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls per Ende August 2011 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und die durchgeführten Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienten. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt

lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Für eine weiter andauernde Übernahme der Behandlungskosten genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende August 2011 an.

E. 3.3

Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt (vgl. Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Vorliegend ist wie erwähnt von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen, was grundsätzlich die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis zur Folge hat. Obschon die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid die Adäquanz der nicht-organischen bzw. psychischen Beschwerden (wohl ausgehend von der Annahme einer hier nicht gegebenen natürlichen Kausalität) nicht prüfte und sich auf medizinische und erwerbliche Feststellungen beschränkte, erscheint es gerechtfertigt und erforderlich, dies im vorliegenden Verfahren im Sinn einer zusätzlichen Begründung nachzuholen. Ob die Adäquanzprüfung nach der Schleudertrauma- oder der Psycho-Praxis durchzuführen ist, kann dabei offen bleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 8C_283/2009) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden.

E. 4.1

Der in Frage stehende Unfall vom 19. September 2005 ist aufgrund des Geschehensablaufs - das von der Beschwerdeführerin gelenkte Fahrzeug überschlug sich, nachdem es mit einem Reh zusammengestossen war - und der Verletzungen (UV-act. 2/1, 2/2) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) einzustufen (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren

Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C_609/2007, E. 4.1.3). Eine gewisse Eindrücklichkeit für die Beschwerdeführerin kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3 und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1). Beim erlittenen cervikalen Trauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Hinsichtlich des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 19. September 2005 mit initialer Behandlung im Spital Wetzikon und anschliessender konservativer Therapie ihre Arbeitstätigkeit nach Behandlungsabschluss im November 2005 wieder vollumfänglich aufnahm (UV-act. 2/3, 4/1). Nach der Metallentfernung im Mai 2007 ergaben sich im Jahr 2008 im rechten Ellbogen Schmerzen mit entsprechendem (unfallfremdem) Behandlungsbedarf (vgl. UV-act. 3/2 S. 2). Danach erfolgten erneute Behandlungen, welche der Beschwerdegegnerin im Januar 2009 als Rückfall gemeldet wurden (UV-act. 1/6). Die Behandlungen umfassten unter anderem eine (unfallbedingte) Arthroskopie der rechten Schulter mit Acromioplastik und AC-Gelenkresektion (UV-act. 2/11) sowie einen stationären Aufenthalt in der Klinik H.____ (UV-act. 2/18). Soweit Abklärungsmassnahmen zur Durchführung kamen, fallen diese ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2008, 8C_687/2007, E. 5.3). Wie dargelegt war jedenfalls Ende August 2011 von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende E. 3.3). Angesichts dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C_331/2007, E. 4.2.3) nicht als belegt gelten. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin leidet gemäss den Darlegungen im Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 7. Februar 2011 insbesondere an chronischen Schulter- und Armschmerzen, einer mittelschweren Depression und an chronischen Schmerzen im Zervikalbereich (UV-act. 3/7). Das Bestehen von unfallbedingten, ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden lässt sich mithin nicht ohne Weiteres verneinen; aufgrund der vielschichtigen Beschwerdeursachen lässt sich das Kriterium allerdings höchstens geringgradig bejahen. Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (E. 2) nicht angenommen werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion.

E. 4.2

Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher 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 so rasch wie möglich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). - Nachdem in der Zeit nach dem Unfall eine volle Arbeitsunfähigkeit und ab 20. Oktober 2005 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war, bestand ab 22. November 2005 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. 4/1). Nach der Rückfallmeldung (Januar 2009) bestanden teilweise oder vollständige Arbeitsunfähigkeiten (UV-act. 4/4, 4/7). Im Austrittsbericht der Klinik H. ___ vom 14. Juli 2009 wurde ein langsamer Wiedereinstieg mit zunächst 50% ab 9. Juli 2009 für eine Woche mit Steigerung auf 75% und 100% an einem geeigneten Arbeitsplatz ohne Überanstrengung des rechten Armes empfohlen (UV-act. 2/18). Die AEH-Gutachter bestätigten am 9. September 2010, dass aufgrund der somatischen Befunde die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin aufgrund der unfallbedingten Schulterproblematik wahrscheinlich auf Dauer nicht mehr zumutbar sei, dass jedoch ein dysfunktionales Krankheitsverhalten keine Arbeitsunfähigkeit begründe und für eine körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit die Beschwerdeführerin unter Beachtung von Hebe- und Tragelimiten und Einschränkungen der Arbeit über Schulterhöhe und bei Vorneigung (Stehen, Sitzen, Kriechen) arbeitsfähig sei. Die Gutachter verneinten Einschränkungen beim Sitzen, Stehen an Ort, Stehen und Gehen und auch beim Gehen und Treppensteigen. Die unfallbedingten Einschränkungen würden sich vor allem auf die Arbeiten mit dem rechten Arm in Bezug auf die Gewichtsbelastung (maximal 10-12.5 kg) und bei Arbeiten über Kopf beschränken (UV-act. 3/10). Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen kann bei diesem Sachverhalt nicht als erfüllt betrachtet werden. Bei Erfüllung eines einzigen Adäquanz-Kriteriums kann dem Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden, soweit sie somatisch nicht objektivierbar oder psychischer Natur sind, beigemessen werden. Gegenstand der Prüfung des Rentenanspruchs können dementsprechend ausschliesslich die unfallkausalen Folgen im Schulterbereich bilden.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Grundlagen der Rentenbemessung im angefochtenen Entscheid (E. 2.2) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. Für die Bemessung des Valideneinkommens 2010 ging sie vom Einkommen aus, welches die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens bei der früheren Arbeitgeberin verdient hätte. Sie rechnete hierzu das von Arbeitgeberin für das Unfalljahr mit Fr. 50'407.-- (Fr. 3'800.-- x 13 zuzüglich andere Lohnzulagen von Fr. 1'007.--; UV-act. 1/1) bescheinigte Einkommen auf die Nominallohnverhältnisse des Jahres 2010, d.h. auf einen Betrag von Fr.

54'462.-- (UV-act. 1/64 S. 3), auf. Von diesem unbestritten gebliebenen Betrag ist nachstehend auszugehen.

E. 5.2

Das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Löhne zu bemessen. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2008 TA 1 Niveau 4 ist für Frauen ein durchschnittliches Monatsalär von Fr. 4'116.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 49'392.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2010, d.h. auf 41.6 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 51'368.-- ergibt. Für 2010 ergibt sich ein nominallohnangepasster Betrag von Fr. 52'873.-- (Index 2008: 2'219; Index 2010: 2'284).

E. 5.3

Es ist angesichts des Zumutbarkeitsprofils gemäss AEH-Gutachten (vollzeitliche Zumutbarkeit eine körperlich leichten bis knapp mittelschweren Tätigkeit unter Beachtung von Hebe- und Tragelimiten und Einschränkungen der Arbeit über Schulterhöhe und bei Vorneigung; ohne Einschränkungen beim Sitzen, Stehen an Ort und auch beim Gehen und Treppensteigen) nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt wegen unfallbedingter Einschränkungen lediglich mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Ein Abzug lässt sich nicht schon damit begründen, dass der in Betracht fallende Arbeitsmarkt gesundheitsbedingt eingeschränkt ist. Vielmehr rechtfertigt sich ein Abzug nur, wenn die versicherte Person auch im Rahmen einer von den Ärzten als geeignet erachteten Tätigkeit in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist und deshalb mit einem reduzierten Lohn zu rechnen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2010, 8C_536/2010, Erw. 2.5 mit Hinweisen). In einer adaptierten Tätigkeit (unter Berücksichtigung der Unfallfolgen) ist die im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids 44jährige Beschwerdeführerin uneingeschränkt arbeitsfähig. Es fehlt an Anhaltspunkten dafür, dass unfallbedingt (d.h. durch die Einschränkung in der rechten Schulter) lediglich ein reduzierter Lohn erzielbar wäre. Selbst wenn ein Abzug zu berücksichtigen wäre, könnte es sich dabei lediglich um einen geringen Prozentsatz (5%) handeln. Die Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von Fr. 52'873.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 54'462.-- ergibt eine Erwerbsunfähigkeit von 3% (gerundet; BGE 130 V 122 E. 3.2). Die Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 5% würde zu einer Erwerbsunfähigkeit von 8% führen. Die Beschwerdegegnerin verneinte damit zu Recht einen Rentenanspruch. Soweit die Beschwerdeführerin um Hilfe bei der Suche einer zumutbaren Tätigkeit ersucht (act. G 5), hat sie sich hierfür an die Organe der Arbeitslosenversicherung bzw. Invalidenversicherung zu wenden.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. August 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.