

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/4 vom 1. Oktober 2006

Sg Versicherungsgericht, 2006-10-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/4 du 1 octobre 2006

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/4 del 1 ottobre 2006

Regeste

Art. 6 UVG: Bejahung somatischer Unfallrestfolgen im Rahmen eines Status nach AC-Gelenksresektion links. Verneinung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis. Art. 16 ATSG: (nur) qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus einer Restarbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. November 2015, UV 2014/4).
Entscheid vom 3. November 2015
Besetzung
Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Della Batliner
Geschäftsnr. UV 2014/4
Parteien
A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach, 9620 Lichtensteig, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen / Integritätsentschädigung Sachverhalt

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist der Invalidenrenten- und die Höhe des Integritätsentschädigungsanspruchs der Beschwerdeführerin. Unbestritten geblieben ist, dass spätestens per 30. November 2012 (vgl. dazu Suva-act. 245) der gesundheitliche Endzustand erreicht war und daher ein Renten- und Integritätsentschädigungsanspruch ab bzw. in diesem Zeitpunkt zu prüfen ist.

E. 2

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; A. Rumo-Jungo/A.P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110, 112 V 30). Bei

physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen). 2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). 2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O. S. 4). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 338 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Vorab ist mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin als unfallkausal zu betrachten und damit für die Festlegung der strittigen Ansprüche - Invalidenrente und Integritätsentschädigung - relevant sind. Die Beschwerdeführerin klagt über bewegungs- und belastungsverstärkte Schulterschmerzen links, über eine deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links, über Nackenschmerzen linksbetont sowie über intermittierende Kopfschmerzen und führt diese auf das Unfallereignis vom 4. Juni 2010 zurück (vgl. Suva-act. 226).

E. 3.2

3.2.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 4. Juni 2010 erlitt die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen eine Zerrung der linken Schulter, worauf die im Diagnostic Center

E.____ am 14. Januar 2011 durchgeführte MR-Arthrographie strukturelle Verletzungen in Form einer höhergradigen Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit auch umschriebenem Durchriss des Supraspinatus und einer niedergradigen Partialruptur der Subscapularissehne sowie eine Tendinose der langen Bicepssehne zeigte (Suva-act. 21). Die anschliessend am 1. Februar 2011 ausgeführte diagnostische Arthroskopie führte eine symptomatische Bursitis subacromialis sowie eine AC-Degeneration und gelenkseitige SSP-Degeneration (zusätzlich MR-tomographisch intramurale/intralaminäre und bursaseitige Läsionen) zutage, die mit einer arthroskopischen Akromioplastik, Bursektomie und AC-Resektion versorgt wurden (Suva-act. 24). Wegen anhaltender Schulterschmerzen links folgte am 17. Dezember 2011 in der Radiologie I.____ eine weitere MR-Arthrographie der linken Schulter, welche vergleichend zur kernspintomographischen Untersuchung vom 14. Januar 2011 eine zwischenzeitlich neu aufgetretene erhebliche subluxierende, entzündlich aktivierte AC-Gelenksarthrose zur Darstellung brachte. Verheilt war jedoch die vormalige Partialruptur im Ansatzbereich der Supraspinatussehne (Suva-act. 123). Eine am 23. März 2012 durch Dr. J.____ ausgeführte diagnostische Arthroskopie förderte ein vollständig unauffälliges Glenohumeralgelenk mit normalen Knorpelverhältnissen und intakten Sehnen- und Bandstrukturen zutage (Suva-act. 186). Bei der von ihm gleichentags durchgeführten subacromialen Bursoskopie fanden sich sodann weder eine Bursitis noch Anzeichen einer Entzündungsreaktion sowie ein sehr weiter Subacromialraum (Suva-act. 188). Die subluxierende, entzündlich aktivierte AC-Arthrose links therapierte Dr. J.____ sogleich am 23. März 2012 mit einer offenen lateralen Clavicularesektion (Suva-act. 187).

3.2.2 Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 23. November 2012 (Suva-act. 243) erhob Dr. G.____ manuell sowie blickdiagnostisch eine Fehlhaltung mit Schulterhochstand links von ca. 2 cm und Seitneigung des Kopfs nach rechts, reizlose Narbenverhältnisse über der AC-Gelenkregion links ohne Anhalt für entzündliche Veränderungen in diesem Bereich, eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter, hauptsächlich in Bezug auf Abduktion und Anteversion, jedoch ohne nachweisbare muskuläre Hypothrophie der Schulter- bzw. Extremitätenmuskulatur, muskuläre Verspannungen im Bereich des linken oberen Trapezius und der Nackenmuskulatur sowie verschiedene Druckdolenzen bzw. Schmerzangaben im Bereich der linken Schulter, des Trapezius und der Nackenmuskulatur linksseitig. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2, mit Hinweisen). Wenn Dr. G.____ die von ihm anlässlich der Abschlussuntersuchung erhobenen Befunde im entsprechenden Untersuchungsbericht als "objektiv" anführt, so können diese jedoch nicht zum vornherein einer unfallkausalen strukturellen Unfallrestfolge gleichgesetzt bzw. auf eine solche zurückgeführt werden. Eine manuelle sowie blickdiagnostische Untersuchung fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben sowie dem Verhalten des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann vielmehr erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008, 8C_37/2008, E. 3.2; vgl. auch BGE 134 V 122 E. 9). Myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen

und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenz sowie Einschränkungen in der Beweglichkeit können nicht als organisches Substrat von Beschwerden qualifiziert werden (SVR 2008 UV Nr. 2 S. 5 E. 5.2 mit Hinweisen). Als bildgebend objektivierbaren Schaden hielt Dr. G. ___ einzig einen Status nach Resektion des AC-Gelenks links fest. Allein dieser Feststellung kommt hinsichtlich der Frage des Vorliegens objektivierter Unfallrestfolgen Relevanz zu. Dazu ist die weitere und angesichts der medizinischen Fakten schlüssige Beurteilung von Dr. G. ___ massgebend, wonach die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden aufgrund der klinischen, radiologischen sowie arthroskopischen Befunde in diesem Ausmass nicht zu erklären seien. Die Arthroskopie des Glenohumeralgelenks vom 23. März 2012 habe einen vollständig unauffälligen Befund mit normalen Knorpelverhältnissen und intakten Sehnen- und Bandstrukturen ergeben, und auch im Bericht über die MR-Arthrographie vom 17. Dezember 2011 werde die vormalige Partialruptur im Ansatzbereich der Supraspinatussehne als verheilt beurteilt mit nur grenzwertiger Ansatzendinopathie des Supraspinatus und der Subscapularis bei ansonsten normalem MR-Arthro-Tomogramm des linken Schultergelenks. Die entzündlich aktivierte AC-Gelenksarthrose sei am 23. März 2012 operativ mittels lateraler Clavicularresektion behandelt worden. Operationen werden grundsätzlich mit dem Ziel durchgeführt, einen Gesundheitsschaden vollständig zu heilen oder zumindest bestmöglich zu beheben bzw. zu lindern. Die Annahme, dass eine Schulter mit resektiertem AC-Gelenk nicht einer Schulter mit gesundem AC-Gelenk gleichgesetzt werden kann, liegt nahe. Entsprechend hielt Dr. G. ___ in seinem Untersuchungsbericht als bildgebend objektivierbaren Schaden einen Status nach Resektion des AC-Gelenks links fest. Ein solcher ist ein unfallkausales organisches Substrat für bestimmte, nicht aber ohne Weiteres für sämtliche geklagten Beschwerden. So kann eine Resektion des AC-Gelenks laut Dr. G. ___ offensichtlich zu einer gewissen Bewegungseinschränkung führen, nicht aber zu derjenigen, welche die Beschwerdeführerin demonstriert. Hinsichtlich der radiologisch nicht objektivierbaren Beschwerden hält er fest, dass bereits während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon auf eine erhebliche Symptomausweitung hingewiesen worden sei (Suva-act. 243). Die klinische Untersuchung der linken Schulter in der Rehaklinik Bellikon hatte zwar laut Austrittsbericht vom 13. September 2012 (Suva-act. 226) ebenfalls verschiedene auffällige Befunde ergeben. In Übereinstimmung mit Dr. G. ___ wurde dazu jedoch festgehalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden gesamthaft betrachtet aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde im vorgebrachten Ausmass nicht erklärbar seien. Die Beschwerdeproblematik müsse vor dem Hintergrund des dysfunktionalen Überzeugungs- und Bewältigungsmusters mit einem Schon- und Vermeidungsverhalten gesehen werden, welche als erhebliche Symptomausweitung imponieren würden. Die Feststellungen der Rehaklinik Bellikon basieren auf einer während der Rehabilitation zusätzlich erfolgten psychosomatischen Abklärung (Suva-act. 226). Schliesslich fügen sich die Ausführungen in den Berichten von Dr. L. ___ und Dr. J. ___ vom 11. bzw. 28. Juni 2012 - worin von einem in der klinischen Untersuchung ausserordentlich inkongruenten Bild bezüglich Beweglichkeit des linken Arms bzw. einem gehegten Verdacht der Somatisierung gesprochen wird, sowie die zuvor am 5. Mai 2012 von Dr. F. ___ erwartete Schmerzchronifizierung - vollumfänglich in die Beurteilungen von Dr. G. ___ und der Rehaklinik Bellikon ein (Suva-act. 172, 202, 194). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass Unfallrestfolgen im Bereich der linken Schulter mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sind, nicht jedoch in dem von der Beschwerdeführerin geklagten Ausmass, sondern einzig im

Rahmen eines Status nach AC-Gelenkresektion. 3.3 Nicht zu berücksichtigen sind im Rahmen der Festlegung der strittigen Ansprüche die von der Beschwerdeführerin geklagten Nacken- bzw. HWS-Beschwerden. Die HWS war gemäss dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Unfallmechanismus vom Unfall vom 4. Juni 2010 nicht betroffen, womit eine primäre Unfallverletzung bereits mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausser Betracht fällt. Dies in dem Sinn, als ein Unfall im Regelfall nur im Bereich eines betroffenen Körperteils Verletzungen zu verursachen vermag. Eine Verletzung wird vom Verletzten ausserdem regelmässig unmittelbar wahrgenommen und führt unfallnah zu entsprechenden ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Im konkreten Fall wurden jedoch Nackenbeschwerden von der Beschwerdeführerin in Übereinstimmung mit der Nichtbeteiligung beim Unfall erstmals nach einer langen Latenzzeit, nämlich mehr als ein Jahr nach dem Unfall anlässlich einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin am 21. Juni 2011, beklagt (Suva-act. 57). Damit liegt ein passendes, gewichtiges Indiz für die fehlende Unfallkausalität vor. Die kernspintomographische Untersuchung der HWS in der RIS vom 26. Mai 2012 zeigte denn auch keine strukturelle traumatische Läsion, sondern eine degenerative Gesundheitsstörung in Form einer zervikalen Diskushernie C5/6 mit Foraminalstenose und Kompression C6 links mehr als rechts (Suva-act. 206). In der bei Dr. L___ wegen einer beklagten neurologischen Symptomatik - linksbetonte Nuchalgien, Schmerzen entlang des gesamten linken Arms bis in die Finger, gelegentliches Einschlafgefühl, parästhetische Missempfindungen beim Druck über den Arm (Suva-act. 194) - ausserdem durchgeführten neurologischen Untersuchung vom 8. Juni 2012 bestätigte dieser zwar einen bildgebenden Befund, fand aber laut Bericht vom 11. Juni 2012 in der klinischen Untersuchung keinen objektivierbaren C6-Defizitbefund. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und die untersuchbaren sensorischen und motorischen Defizite seien ausserordentlich inkongruent und nicht mit einer C6-Symptomatik in Einklang zu bringen. Auch die geklagten Sensibilitätsstörungen im Bereich der Trigeminus innervierten Gebiete V2 und V3 links seien nicht mit dem bildgebenden Befund in Einklang zu bringen (Suva-act. 194). Angesichts der aufgezeigten Sachlage lassen sich die von der Beschwerdeführerin im Bereich der HWS geklagten Beschwerden nicht unmittelbar einer traumatischen Läsion, offensichtlich aber auch nicht dem vorliegenden degenerativen Gesundheitsschaden zuordnen. Das am 31. August 2012 in der Rehaklinik Bellikon durchgeführte neurologische Konsilium führte zu einem übereinstimmenden Resultat bzw. einer gleichen Wertung der Untersuchungsergebnisse mit Hinweis auf eine organisch unabhängige Komponente, wie bei der linken Schulter. So wurde im Untersuchungsbericht vom 4. September 2012 festgehalten, dass eine ausgeprägte Fehlhaltung bzw. Schonhaltung mit Kopfwendung nach rechts und Schulterhochstand links auffällig sei. Klinisch neurologisch habe sich insbesondere eine ausgeprägte muskuläre Verspannung im HWS- und Schulterbereich links gezeigt. Die in der Vergangenheit durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS links zeige kein morphologisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden. Allenfalls könnte die leichte BSR (Bizepssehnenreflex)-Abschwächung links auf die vorbekannte Foramenstenose C6 links und somit auf eine Wurzelläsion C6 zurückgeführt werden. Darüber hinaus bestünden jedoch keine Defizite im Versorgungsgebiet der Wurzel C6 links. Aktuell bestehe

ausserdem kein Hinweis auf eine Radikulopathie. Letztlich zeige sich ein ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom bei chronischer Zervikobrachialgie links. Im Rahmen der Anamneseerhebung sowie der Untersuchung sei darüber hinaus eine deutliche Aggravation der Schmerzsymptomatik seitens der Beschwerdeführerin aufgefallen. Als Diagnosen wurden ein myofaszielles Schmerzsyndrom bei chronischer Zervikobrachialgie links und Schon-(Zwangs-)haltung mit Kopfwendung nach rechts, ein zervikogener Kopfschmerz, eine (alte) Wurzelläsion C6 links sowie ein sensibles Hemisyndrom links unklarer Genese bei Verdacht auf Somatisierungsstörung festgehalten. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl. München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur jeweiligen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Eine Chronifizierung zementiert sodann die Unklarheit der Ätiologie der fraglichen Beschwerden. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das Verhältnis zwischen organischem Gesundheitszustand und erlebter Behinderung immer ungewisser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber mit seiner Psyche, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Bereits Dr. F.____ hatte in ihrem ärztlichen Zwischenbericht vom 3. Dezember 2011 eine Chronifizierung befürchtet (Suva-act. 114). Die Somatisierungsstörung fällt schliesslich eindeutig unter die Kategorie der psychischen Leiden und kann auch aufgrund ihrer Auswirkungen - geklagt werden körperliche Symptome, d.h. andauernde, schwere und quälende Schmerzen - nicht als körperliches Leiden qualifiziert werden (AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen). Das Charakteristikum der somatoformen Schmerzstörung ist gerade die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Beteuerung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind (vgl. WHO und Dilling/Freyberger [Hrsg.], Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 7. Aufl. Bern 2014, S. 187). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass auch die von der Rehaklinik Bellikon erhobenen Befunde und Diagnosen weder auf eine unfallkausale Läsion hinweisen noch einen degenerativen Schaden einschliessen, der die von der Beschwerdeführerin geklagte Symptomatik vom Ausmass her erklären würde. Überhaupt beschreibt die Beschwerdeführerin die Nackenbeschwerden als indirekte, von der Schulter her ausstrahlende Schmerzen (Suva-act. 57, 121, 227). Insofern als die Schulter in unmittelbarer Nähe des Nackens liegt und die Ausstrahlung von Schmerzen ein bekanntes Phänomen ist, erscheint eine indirekte Schmerzsymptomatik grundsätzlich denkbar. Unter diesem Gesichtspunkt könnte der Nackensymptomatik jedoch logischerweise nur bei Vorliegen einer entsprechenden bedeutsamen primären Schulterproblematik Unfallkausalität zugesprochen werden. Angesichts der Erörterungen in Erwägung 3.2 liegt jedoch bereits zwischen der geklagten Schultersymptomatik und den objektivierbaren Unfallrestfolgen im Bereich der linken Schulter eine Ungleichheit vor. 3.4 Das im Beschwerdeverfahren eingereichte Gutachten von Dr. O.____ (act. G 1.3 S. 10) vermag an den Beurteilungen in den Erwägungen 3.2 und 3.3 nichts zu ändern. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin leitet aus den Befunden deutliche Schultersteife sowie Fehllhaltung des Oberkörpers und des Kopfs zusätzliche, im Rahmen der Invaliditäts- sowie

Integritätsschadensbemessung zu berücksichtigende, objektivierte Befunde ab. Wie in Erwägung 3.2.2 dargelegt, stellen die deutliche Schultersteife sowie die Fehlhaltung des Oberkörpers und des Kopfs lediglich klinische Befunde dar, die nicht als eigenständige bildgebend objektivierte unfallkausale Substrate zu betrachten sind. Eine unfallbedingte Schultersteife und Fehlhaltung ist zwar nicht ausgeschlossen. Solche Gesundheitsschädigungen stellen jedoch für sich keine strukturellen Läsionen dar, sondern gründen ihrerseits auf einer entsprechenden, im vorliegenden Fall fehlenden unfallkausalen Körperverletzung (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1600 f.: "Periarthropathie humeroscapularis"; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 737). Weder Dr. J.____, Dr. F.____ und die Rehaklinik Bellikon noch Dr. O.____ halten in ihren Berichten bzw. Gutachten eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge fest, die das obgenannte Beschwerdebild im Sinne einer indirekten organischen Unfallrestfolge erklären würde. Vielmehr werden von Dr. O.____ mögliche organische Ursachen für die deutliche Schultersteife und die auffällige Kopfhaltung, wie eine Arthrofibrose, eine atlanto-axiale Störung, eine Auffälligkeit im craniocervicalen Übergang oder neurologische Ausfälle, ausgeschlossen. Die deutliche Schultersteife bezeichnet er sodann selbst als möglicherweise aktiv unterstützt. Die von ihm gestellte Diagnose eines Schmerzsyndroms linker Arm kann, wie bereits erwähnt, durch vielfältige Ursachen bedingt sein. Eine überwiegend wahrscheinliche Unfallrestfolge ist damit nicht nachgewiesen. Fassbar gemacht ist mit einem Schmerzsyndrom lediglich das Beschwerdebild, ohne es dabei eindeutig einem organischen Korrelat zuzuordnen (vgl. Erwägung 3.3). Die von Dr. O.____ im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom angeführten Statusdiagnosen bezeichnen sodann einzig die ursprüngliche Unfallverletzung sowie die nachfolgend im Bereich der Schulter durchgeführten Operationen, benennen jedoch keine konkreten Unfallrestfolgen. Dass vorliegend ein Status nach Schulterkontusion, arthroskopischer Acromioplastik mit AC-Gelenksteilresektion sowie nach offener lateraler Clavicularesektion besteht, steht ausser Frage. Der von Dr. O.____ beschriebene Neglect des linken Arms stellt gleichfalls eine Syndromdiagnose dar und beschreibt einzig einen Umstand der "Vernachlässigung", konkret den Zustand, dass die Beschwerdeführerin ihren linken Arm praktisch nicht einsetzt (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1431; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1300). Die Berücksichtigung eines Neglect im Rahmen der Invaliditäts- sowie Integritätsschadensbemessung erfordert wiederum die Anknüpfung an eine objektivierte organische Unfallrestfolge. Wie dargelegt, ist jedoch der dargebotene Zustand der Beschwerdeführerin aufgrund des Status nach Resektion des AC-Gelenks links nicht zu erklären. Dr. O.____ weist schliesslich in seinem Gutachten auf eine "massive" Verschlechterung der Situation seit den zwei Operationen vom 1. Februar 2011 und 23. März 2012 hin. Er legt in diesem Zusammenhang zwar zutreffend dar, dass ursprünglich eine Schulterkontusion vorgelegen habe, in der Folge zwei Operationen durchgeführt worden und deren Kosten wegen ihres Kausalzusammenhangs zum Unfall vom 4. Juni 2010 von der Beschwerdegegerin übernommen worden seien, weshalb sie vom Unfallereignis nicht mehr zu trennen seien. Nicht zuzustimmen ist jedoch seiner Schlussfolgerung, dass somit die Unfallkausalität der aktuellen Schultersituation gegeben sei. Wie bereits erwähnt, hat eine Operation die Heilung einer Gesundheitsschädigung zum Ziel und führt in der Regel zu einer Verbesserung der präoperativ im Zusammenhang mit einem operierten Körperteil geklagten Beschwerden. Von Unfallrestfolgen kann ausgegangen werden, wenn eine traumatische Läsion operativ nicht vollends behoben werden kann, im Bereich der Operationsstelle Spätfolgen, wie beispielsweise eine

AC-Gelenksarthrose, auftreten oder eine Operation nicht erfolgreich oder gar fehlerhaft durchgeführt worden ist. Die Unfallrestfolgen müssen jedoch in allen drei Fällen objektiv nachgewiesen sein. Weiterhin geklagte Beschwerden müssen mit ärztlich erhobenen, objektivierten Befunden hinreichend erklärbar sein. Dr. O. ___ nimmt in seinem Gutachten im Grunde einzig eine subjektive Wahrnehmung der Beschwerdeführerin auf, die in keiner Weise einer Objektivierung von Unfallrestfolgen gleichkommt. Mit der geltend gemachten Verschlimmerung korrespondierende Befunde sind weder seinem Gutachten noch den übrigen medizinischen Akten zu entnehmen. Wie in Erwägung 3.2.2 ausgeführt, vermag der alleinige Status nach Resektion des AC-Gelenks links eine Verschlimmerung bzw. Ausweitung der Beschwerdesymptomatik nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erklären. Die alleinige Tatsache, dass eine Verschlimmerung nach unfallkausalen Operationen eingetreten ist, reicht sodann nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Hervorzuheben ist schliesslich, dass selbst Dr. O. ___ zusammenfassend festhält, für ihn sei das von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerzsyndrom zwar glaubhaft, mit den aktuellen medizinischen Befunden sei es jedoch aus orthopädischer Sicht nicht zu erklären.

3.5 Hinsichtlich der Kopfschmerzen kann schliesslich ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von Unfallfolgen gesprochen werden.

3.5.1 Wie die HWS, so war offensichtlich auch der Kopf vom fraglichen Unfallereignis nicht betroffen, womit nur eine indirekte Unfallfolge in Betracht kommt. Überhaupt stellt sich die Sachlage hier gleich derjenigen der HWS dar (vgl. dazu Erwägung 3.3). Die im Diagnostic Center E. ___ am 21. November 2011 durchgeführte MRT-Untersuchung des Schädels brachte weder Hinweise auf eine traumatische Läsion noch auf sonstige Pathologien hervor. Sämtliche Befunde waren regelrecht (Suva-act. 126). Im neurologischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 31. August 2012 wurde, abgesehen von einer Hypästhesie und Hypalgesie der linken Gesichtshälfte (annähernd median begrenzt) ein unauffälliger Hirnnervenstatus erhoben. Im Bericht vom 4. September 2012 wurde dazu festgehalten, dass sich bezüglich des angegebenen inkompletten sensiblen Hemisyndroms in der kernspintomographischen Untersuchung des Kopfs kein pathologisches Korrelat gefunden habe. Möglicherweise seien die Sensibilitätsstörungen auf eine Somatisierungsstörung zurückzuführen, wofür die relativ median angegebene Sensibilitätsstörung im Gesicht spreche (Suva-act. 227). Aktenkundig sind Kopfschmerzen sodann noch später als HWS-Beschwerden, nämlich erstmals rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall, im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. F. ___ vom 21. November 2011 (Suva-act. 105) sowie im Bericht von Dr. H. ___ vom 21. Dezember 2011, dem die Beschwerdeführerin zur Kopfschmerzabklärung zugewiesen worden war (Suva-act. 125). Die Ärzte der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin stellen in ihrer neurologischen Beurteilung vom 17. April 2013 zur zeitlichen Komponente fest, rein formal seien damit die diagnostischen Kriterien eines posttraumatischen Kopfschmerzes gemäss Kapitel 5 der ICHD-II-Kopfschmerzklassifikation nicht erfüllt. Der konkrete Beschwerdeverlauf weise vom Unfall ausgehend eine stetige Beschwerde- und Symptomausweitung auf. Der ursprünglich lokale linksseitige Schulterschmerz habe sich innerhalb des ersten Unfalljahres auf den Arm, den Nacken und den Kopf ausgebreitet. Ca. 9 Monate nach dem Unfall seien intermittierend auftretende Sensibilitätsstörungen im Gesicht, gelegentlich gefolgt von Kopfschmerzen, dokumentiert. Auch die Ärzte der Abteilung

Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin kommen sodann zum Schluss, dass sich für die beschriebenen neurologischen Beschwerden und Störungen kein unfallbedingtes neuro-anatomisches Korrelat finde (Suva-act. 257). Dr. O.____ selbst führt ausserdem in seinem Gutachten eine vorbestehende Migräne als unfallfremde Diagnose auf (act. G 1.3, S. 9). Angesichts des Gesagten sind mithin Kopfschmerzen, die auf einer unfallkausalen Läsion oder überhaupt einer organischen Pathologie im Bereich des Kopfs gründen würden, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. 3.5.2 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 3. Dezember 2011 vermerkte allerdings Dr. F.____ eine analgetisch induzierte Cephalaea, weshalb der Neurologe (vgl. Bericht von Dr. H.____ [Suva-act. 125]) alle Schmerzmittel abgesetzt habe (Suva-act. 114). Dr. H.____ erläuterte dazu in seinem Bericht vom 28. Juni 2012, dass sich durch eine unkontrollierte tägliche Triptaneinnahme nunmehr wohl das Problem eines Triptanübergebrauchskopfschmerzes entwickelt habe (Suva-act. 211). Die Avanex ging von einer indirekten Teilkausalität der Kopfschmerzen zum Unfall aus, indem sie geltend machte, die Beschwerdeführerin habe die Medikamente aufgrund der unfallbedingten Schulterbeschwerden eingenommen (vgl. Suva-act. 260). In der neurologischen Beurteilung vom 17. April 2013 nehmen die Ärzte der Abteilung Versicherungsmedizin explizit zur Frage der Teilunfallkausalität der Kopfschmerzen Stellung. Die von Dr. H.____ getroffene Annahme eines sekundären Kopfschmerzes bei Analgetikaübergebrauch bzw. später eines Triptanübergebrauchskopfschmerzes könne an Hand der vorliegenden Akten nicht überprüft werden, da ein unsachgemässer (Über-)Gebrauch nicht erwiesen sei. Selbst wenn es im Rahmen der Schmerzweiterung zu einer Zunahme von Kopfschmerzbeschwerden gekommen sei, wäre eine allfällige missbräuchliche Medikamenteneinnahme als Teilsymptom einer Schmerzverarbeitungsstörung zu sehen, die ihrerseits nicht als unfallkausal gelten könne (Suva-act. 257). Die Beurteilung der Ärzte der Abteilung Versicherungsmedizin erscheint schlüssig und nachvollziehbar. Der als Unfallrestfolge einzig objektivierter Status nach Resektion des AC-Gelenks vermag das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht zu erklären. Übereinstimmend hingewiesen wird jedoch in den medizinischen Akten auf eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden, eine erhebliche Symptomausweitung, eine Somatisierung bzw. auf eine deutliche Aggravation. Angesichts dieser Sachlage bleibt für einen unfallbedingten Analgetikaübergebrauch kaum Raum. Zumindest erscheint ein solcher nicht überwiegend wahrscheinlich. Der Analgetikakonsum könnte ebenso wahrscheinlich mit der vorbestehenden Migräne zusammenhängen oder - wie von den Ärzten der Abteilung Versicherungsmedizin beschrieben - Teilsymptom einer Schmerzverarbeitungsstörung sein. In seinem Bericht vom 21. November 2011 hielt Dr. H.____ zumindest das Bestehen einer Migräne (mit Aura) als primäre Kopfschmerzform fest (Suva-act. 125; vgl. dazu auch Suva-act. 226). Anzuführen ist ferner die Widersprüchlichkeit im zeitlichen Ablauf, wonach die Beschwerdeführerin die Verschlimmerung der Situation erst nach der zweiten Operation vom 23. März 2012 beschreibt, Kopfschmerzen indessen schon früher, im November 2011, in den Akten vermerkt sind.

E. 3.6

3.6.1 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin für eine psychische Gesundheitsschädigung leistungspflichtig ist. Laut Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 13. September 2012 wurde während der Rehabilitation eine psychosomatische Abklärung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. P.____ durchgeführt. Ein entsprechender Bericht liegt den Akten nicht bei. Offensichtlich konnte jedoch von ihr keine psychische

Störung von Krankheitswert festgestellt werden. Die sich in den medizinischen Akten findenden übereinstimmenden Hinweise auf eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden, eine erhebliche Symptomausweitung, eine Somatisierung bzw. auf eine deutliche Aggravation lassen dagegen eine psychische Komponente nicht ganz ausschliessen. Ob die Notwendigkeit einer weiteren psychiatrischen Begutachtung zur Klärung des Vorliegens unfallkausaler psychischer Gesundheitsstörungen gegeben ist, ist davon abhängig, ob auch der kumulativ erforderliche adäquate Kausalzusammenhang gegeben ist. Die Adäquanztbeurteilung ist dabei rechtsprechungsgemäss anhand der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133 E. 6c/aa) vorzunehmen.

3.6.2 Zunächst ist dabei zu prüfen, ob dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der psychischen Beschwerden 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 bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden 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 Adäquanzt bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 f. E. 6c/bb; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32 E. 3, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanzt bejaht werden kann. Als in die Adäquanztbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa): 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 hat, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind, ist die psychisch bedingte Beeinträchtigung auszuklammern und nur der somatische Anteil zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6).

3.6.3 Den eigenen sachbezüglichen Angaben zufolge erlitt die Beschwerdeführerin am 4. Juni 2010 einen Schlag gegen die linke Schulter sowie eine Prellung der linken Hüfte, als sie sich auf dem Boden kniend mit der linken Hand abstützte, vermutlich wegen Nässe ausrutschte, sich mit dem linken Arm auffangen wollte, dann jedoch stürzte (vgl. act. G 1.3; Suva-act. 6, 17). Dieser Unfall ist aufgrund einer objektivierten Betrachtungsweise nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelten Kräften als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Oktober 2003, U 344/02, E. 4.1, vom 12. August 2005, U 191/04, E. 5.1, vom 9. September 2005, U 59/04, E. 2.3, und vom 22. März 2006, U 285/05, E. 3.2.2, sowie Urteile des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_768/2008, E. 4.1 und vom 26. Februar 2010, 8C_912/2009, E. 5.2, bei welchen ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen angenommen wurde). Von einem im engeren Sinn

mittelschweren oder gar schweren Ereignis kann mit Blick auf diese Präjudizien nicht ausgegangen werden. Die Krafterwirkung auf den Körper bei einem Sturz misst sich in erster Linie an der Sturzhöhe. Konkret kniete die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des beschriebenen "Sturzes" bereits auf dem Boden, womit die Sturzhöhe äusserst niedrig war und das Geschehnis ebenso gut als Umkippen beschrieben werden könnte. Die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens kann somit nur bejaht werden, wenn mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2011, 8C_46/2011, E. 5.1).

3.6.4 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit sind im vorliegenden Unfallereignis keine zu erblicken und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

3.6.5 Die beim Unfall vom 4. Juni 2010 erlittenen Verletzungen der Rotatorenmanschette der linken Schulter und die traumatische Inguinalhernie links können zwar punktuell gesehen, d.h. mit Bezug auf die Schulter und die Leiste, nicht als leicht, aber auch nicht als ausgesprochen schwer bezeichnet werden. Die Beschwerdeführerin suchte erst rund eine Woche nach dem Unfall, am 10. Juni 2010, ihren Hausarzt Dr. C.____ auf (Suva-act. 6). Ein gewisser körperlicher Restschaden bezüglich der linken Schulter ist zwar nachgewiesen, doch liegt auch mit diesem keine schwere Restfolge vor. Schulterverletzungen und Inguinalhernien können schliesslich nicht als erfahrungsgemäss geeignet bezeichnet werden, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

3.6.6 Die Beschwerdeführerin musste sich in Folge des Unfalls zwei Schulteroperationen (Suva-act. 24, 186 ff.) und einer Leistenoperation (Suva-act. 9) unterziehen. Die Operationen an sich sind jeweils komplikationslos verlaufen. Hinsichtlich des Leistenbruchs erklärte Dr. C.____ bereits in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 30. August 2010, dass die Beschwerdeführerin seit der Operation praktisch keine Beschwerden mehr habe (Suva-act. 9, vgl. auch Suva-act. 57, 243). Tatsache ist, dass die Beschwerdeführerin bis zur ersten Schulteroperation Unfallverletzungen im Bereich der Schulter aufwies, sich nach der ersten Schulteroperation erneut strukturelle Gesundheitsschäden zeigten, welche eine zweite Schulteroperation notwendig machten, Operationen an sich bedeutsame Eingriffe in den Körper eines Menschen darstellen und die Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen Unfall und zweiter Operation, d.h. also während rund eindreiviertel Jahren belastet war. Dies kann nicht ohne Weiteres als kurz, aber auch nicht als ungewöhnlich lang bezeichnet werden. Abgesehen von den Operationen bestand die ärztliche Behandlung der Beschwerdeführerin in der Abgabe von Medikamenten, in physiotherapeutischen Massnahmen und Infiltrationen, d.h. nicht ausgesprochen belastenden Therapieformen. Im Weiteren erfolgte ein kürzerer stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon. Sodann wurde eine grosse Anzahl von Untersuchungen bzw. ärztlichen Kontrollen und Abklärungen durchgeführt, welche allerdings nicht als ärztliche Behandlungen gelten können (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten im Übrigen nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Es erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C_61/2008, E. 7.6). Solche Gründe sind jedoch im konkreten Fall nicht ersichtlich. Anschliessend an die zweite Schulteroperation vom 23. März 2012 wurde bereits bald von einem inkongruenten Bild hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik, von einem Verdacht der Somatisierung, von einer erheblichen Symptomausweitung, einer funktionellen Überlagerung und Aggravation gesprochen (Suva-act. 194, 202, 226).

Abgesehen von einem Status nach Resektion des AC-Gelenks konnten keine Unfallrestfolgen mehr objektiviert werden. Zwischen den Nacken- und Kopfschmerzen und dem Unfallereignis vom 4. Juni 2010 ist ein natürlicher Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Unfallfremde Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie psychische Einflüsse sind, wie bereits erwähnt, bei der Beurteilung eines Adäquanzkriteriums ausser Acht zu lassen, selbst wenn letztere als körperlich imponieren (Urteil des Bundesgericht vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6). Angesichts des Gesagten können somit auch die Zusatzkriterien - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung - zumindest nicht in der geforderten Schwere (schwierig, erheblich, ungewöhnlich lange) als erfüllt betrachtet werden. 3.6.7 In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass in den Akten jegliche Anhaltspunkte für eine Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert haben sollen, fehlen und entsprechende Umstände vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert geltend gemacht werden. Im Umstand, dass nach Durchführung einer Operation Unfallrestfolgen zurückbleiben bzw. eine Unfallverletzung durch eine Operation nicht vollständig geheilt werden kann, kann keine Fehlbehandlung erblickt werden. 3.6.8 Nachdem das Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin im Bereich der linken Schulter im späteren Verlauf bzw. nach der zweiten Operation wohl durch psychische Einflüsse beeinflusst war, können auch körperliche (unfallbedingte) Dauerschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Die Schmerzen wurden von der Beschwerdeführerin im Übrigen nicht als Dauerschmerzen, sondern überwiegend als bewegungs- und belastungsabhängig beschrieben und klangen bis zur zweiten Schulteroperation auch immer wieder ab (vgl. Suva-act. 9, 35, 39, 63, 79, 89, 226). Die Nacken- und Kopfschmerzen sind, wie bereits erwähnt, mangels natürlicher Kausalität zum Unfallereignis nicht zu berücksichtigen. 3.6.9 Selbst für den Fall, dass das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsfähigkeit - wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise - als erfüllt zu betrachten wäre, reicht dies zur Adäquanzbejahung praxisgemäss nicht aus. Besagtes hat zur Folge, dass der Unfall zwar unter Umständen eine natürlich kausale Teilursache einer zusätzlich aufgetretenen psychischen Gesundheitsstörung darstellt, welche Schmerzen verstärkt wahrnehmen lässt, die psychische Gesundheitsstörung dem Unfall aber rechtlich nicht zugerechnet werden kann, womit sich eine weitere medizinische Abklärung der psychischen Komponente erübrigt. Im Rahmen der nachfolgenden Bemessung der unfallbedingten Invalidität sowie des unfallbedingten Integritätsschadens kann dementsprechend lediglich die unfallbedingte Beeinträchtigung in somatischer Hinsicht, diejenige der linken Schulter in Form eines Status nach Resektion des AC-Gelenks links, miteinbezogen werden.

E. 4

4.1 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um

das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

4.2 Während sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin könnte sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine gleichartige oder ähnliche Tätigkeit voll ausüben und demzufolge ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen, hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dagegen, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr voll ausüben könnte und in ihrer Arbeitsfähigkeit mindestens zu 33.33% eingeschränkt wäre.

4.3 Laut Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 13. September 2012 sind der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags, d.h. mit einem Pensum von 100%, zumutbar. Diesbezüglich sind linksseitig spezielle, schulterbezogene Einschränkungen (adominante Seite) zu berücksichtigen: Keine wiederholten Arbeiten über Schulterhöhe, keine Schläge und Vibrationen. Die Rehaklinik Bellikon geht auch für die Tätigkeit einer Maschinenbedienerin unter Einhaltung derselben Einschränkungen von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit aus (Suva-act. 226). Dr. G. ___ schloss sich dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. diesem Zumutbarkeitsprofil im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 23. November 2012 ohne Ergänzungen an (Suva-act. 243). Da die angestammte Tätigkeit als Maschinenbedienerin bzw. Produktionsmitarbeiterin bei der B. ___ AG infolge Kündigung nicht mehr existiert, ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten vorzunehmen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik Bellikon bezüglich einer linksseitig schulteradaptierten Tätigkeit erscheint ohne Weiteres schlüssig und überzeugend. Mit dem definierten Zumutbarkeitsprofil wird offensichtlich einer Schultergelenksproblematik bzw. einem Status nach Resektion des AC-Gelenks umfassend Rechnung getragen, indem die Einwirkung auf das Schultergelenk durch Belastung, d.h. durch direkte (keine wiederholten Arbeiten über Schulterhöhe) und indirekte (Schläge und Vibrationen) Bewegung, weitgehend reduziert wird. Auf die klinisch erhobenen Befunde sowie die Schmerzangaben und Bewegungsdefizite der Beschwerdeführerin konnte infolge des nicht objektivierbaren Ausmasses der demonstrierten physischen Einschränkungen nur teilweise abgestellt werden. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die geeignet wären, Zweifel daran zu begründen, dass mit dem fraglichen Zumutbarkeitsprofil der in Frage stehenden Gesundheitsschädigung bzw. den damit verbundenen Beschwerden und ihren praktischen Auswirkungen nicht genügend Rechnung getragen worden wäre. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und Dr. G. ___ sehen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Unter den erwähnten, limitierenden Bedingungen ist denn auch ohne Weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben zu erachten. Insgesamt dürfte ausserdem zu berücksichtigen sein, dass bei der Beschwerdeführerin das adominante linke Schultergelenk eingeschränkt, die dominante rechte Schulter aber frei beweglich und schmerzfrei ist. Mit dem bei einer Vielzahl von Tätigkeiten mehrheitlich stärkeren Gebrauch der rechten Hand bzw. des rechten Arms geht umgekehrt eine entsprechende Entlastung des linken Schultergelenks einher. Bezüglich der linken Schulter ist mithin im Folgenden von der Arbeitsfähigkeitsschätzung und dem Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik Bellikon auszugehen.

4.4 Das Gutachten von Dr. O. ___ vom 9. September 2013 (act. G 1.3) sowie der Bericht von Dr. F. ___ vom 14. September 2012 (act. G 1.4) vermögen diese

Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bestätigt zunächst, dass mit den 33.33% von Dr. O.____ einzig der Arbeitsfähigkeitsgrad, nicht jedoch der Invaliditätsgrad gemeint sein könne. Ein Arzt hat "nur" ersteren zu beurteilen. Die Invaliditätsbemessung hat in Anwendung von Art. 16 ATSG zu erfolgen. Gemäss Ausführungen in Erwägung 3.4 berücksichtigt Dr. O.____ bei der Bemessung des Arbeitsfähigkeitsgrades offensichtlich auch Einschränkungen der Beschwerdeführerin, welche nicht auf bildgebend/apparativ objektivierbare organische Unfallfolgen zurückgeführt werden können, und geht damit hinsichtlich Beweglichkeit, Belastbarkeit und Schmerzen von einer gesundheitlich schlechteren Schulter-/Armsituation links aus. Insbesondere die von der Beschwerdeführerin geschilderte Behinderung durch den kaum mehr einsetzbaren linken Arm kann keinem unfallkausalen, objektivierten organischen Korrelat zugeordnet werden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.____, die Beschwerdeführerin sei selbst bei leichter bis mittelschwerer Arbeit nicht ganztags, sondern maximal 25% arbeitsfähig, geht - wie von der Ärztin auch ausdrücklich festgehalten - über den Schulterbereich hinaus, indem eine eingeschränkte Kopfhaltung und Bewegungseinschränkungen des gesamten Oberkörpers einbezogen werden. Als natürlich kausale Unfallrestfolge kann jedoch einzig der Status nach Resektion des AC-Gelenks berücksichtigt werden.

E. 4.5

4.5.1 Zu prüfen bleibt, ob aus einer Restarbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. Nachdem der gesundheitliche Endzustand spätestens per 30. November 2012 erreicht war (vgl. Suva-act. 245), würde ein allfälliger Rentenanspruch am 1. Dezember 2012 entstehen. Die Vergleichseinkommen - Validen- und Invalideneinkommen - sind bezogen auf diesen Zeitpunkt zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist von jenem Einkommen auszugehen, welches die versicherte Person überwiegend wahrscheinlich ohne Unfall tatsächlich erzielen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 325 f. E. 4.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 126 f.). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 133 ff.). 4.5.2 Die Beschwerdeführerin hätte gemäss Lohnangaben der B.____ AG ohne Unfall vom 4. Juni 2010 im Jahr 2012 einen Jahresverdienst von Fr. 49'400.-- (13 x Fr. 3'800.--; Suva-act. 144) erzielt. Dieser Lohn liegt deutlich unter dem Durchschnittslohn gemäss LSE. Die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin weicht dazu hinsichtlich fachlichem Anforderungsniveau nicht augenscheinlich von der konkret adaptierten Tätigkeit ab. Es handelt sich bei beiden um einfache und repetitive Tätigkeiten bzw. Hilfsarbeitertätigkeiten. Gemäss Tabelle TA 1, privater Sektor, TOTAL (vgl. Rumo-Jungo, a.a.O., S. 136, BGE 126 V 81 E. 7a), Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) lag der Durchschnittslohn im Jahr 2010 für eine Frau

bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'225.--. Angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden ergibt sich ein monatliches Einkommen von Fr. 4'404.--, was jährlich einen Betrag von Fr. 57'259.-- (inkl. 13. Monatslohn; 2010) bzw. normallohnindexiert bis 2012 (Index Frauen: 2011: 1 %; 2012: 1 %) von Fr. 58'410.-- ausmacht. Da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommensniveau hätte begnügen wollen, ist das Validen- und Invalideneinkommen auf der gleichen Grundlage zu bestimmen. Der Invaliditätsgrad entspricht demnach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn. Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Versicherter, der gesundheitsbedingt lediglich noch leichte Hilfsarbeiten ausführen kann, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 126 V 78 E. 5a mit Hinweisen). Bei der Überprüfung des Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 81 E. 6). Hinsichtlich der körperlichen Anforderungen (schwer, mittelschwer, leicht) besteht zwischen der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin und der ihr nach Eintritt des Gesundheitsschadens an der linken Schulter noch zumutbaren Tätigkeiten kein ersichtlicher Unterschied. Der Beschwerdeführerin ist zwar nur noch eine schulteradaptierte Tätigkeit zumutbar, dies jedoch immerhin zu einem Vollpensum und bei vorhandener Funktionalität des dominanten rechten Arms. Das Spektrum der Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin noch verrichten kann, hat sich nicht verändert, weshalb sich kein Abzug rechtfertigt. Nachdem im konkreten Fall weiteren Aspekten keine Bedeutung zukommt, kann auf jeden Fall gesagt werden, dass ein rentenbegründender Abzug von 10% nicht in Betracht fällt (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Aus dem Einkommensvergleich vermag damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad zu resultieren.

E. 5

5.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erwägung 5) die rechtlichen Voraussetzungen der Bemessung der Integritätsentschädigung zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. 5.2 Die im vorliegenden Fall zugesprochene Integritätsentschädigung von 5% basiert auf der Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. G. ___ vom 26. November 2012 (Suva-act. 244). Die Höhe der Integritätsentschädigung ist lediglich in Bezug auf die bildgebend objektivierbaren bzw. natürlich kausalen Unfallrestfolgen zu bemessen (vgl. Erwägungen 2.1 und 3). Dr. G. ___ berücksichtigt nur die Gelenksresektion bei AC-Gelenksarthrose links und legt den diesbezüglichen Integritätsschaden ohne Weiteres nachvollziehbar gemäss Feinrastertabelle der Suva Nr. 5.2 entsprechend einer Gelenksresektion bei AC-Gelenksarthrose auf 5% fest. Mit Bezug auf die Beschwerden im Bereich der HWS, des Kopfs sowie für die psychischen Beeinträchtigungen entfällt mangels natürlicher bzw. adäquater Unfallkausalität ein unfallbedingter Integritätsschaden. Die Beurteilung von Dr. G. ___ hat sich mithin auf diejenigen Tatsachen erstreckt, die für die Entscheidung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung wesentlich waren. Dr. O. ___ schätzt den Integritätsschaden der Beschwerdeführerin auf 25 % anstatt 5 %,

basierend auf einer höhergradigen Schädigung des linken Arms der Beschwerdeführerin und in Anlehnung an den in der Feinrastertabelle der Suva Nr. 5.2 für eine Omarthrose mit Endoprothesenversorgung/schlechter Erfolg angeführten Wert. Eine Integritätsschadenschätzung basierend auf der subjektiv von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Gebrauchsunfähigkeit des linken Arms erscheint mangels entsprechender objektivierter, unfallkausaler Gesundheitsschäden unangemessen (vgl. Erwägung 3.4). Im Übrigen lag im konkreten Fall weder eine Omarthrose vor noch wurde eine Endoprothese implantiert. Die Integritätsschadenschätzung von Dr. O.____ überzeugt mithin in keiner Weise und vermag keine höhere Integritätsentschädigung zu begründen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mithin auch der Antrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin auf eine Erhöhung der Integritätsentschädigung abgelehnt werden muss.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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