

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/55 vom 14. Juli 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2022_55

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/55 du 14 juillet 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/55 del 14 luglio 2023

Regeste

Art. 6 UVG. Art. 10 UVG. Würdigung ärztlicher Stellungnahmen. Durch das Ereignis vom 7. Mai 2021 kam es höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes an der linken Schulter der Beschwerdeführerin und der Status quo sine bzw. ante war spätestens per 31. Dezember 2021 erreicht. Die Leistungseinstellung per dieses Datum ist damit nicht zu beanstanden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2023, UV 2022/55).

Volltext

Entscheid vom 14. Juli 2023 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2022/55 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war beim B.____ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 7. Mai 2021 leitete sie eine Geräteturngruppe mit. In diesem Rahmen verletzte sie sich an der linken Schulter, als sie eine Jugendliche auffing, welche vom Reck stürzte (Suva-act. 1, 22). Die am 10. Mai 2021 erstbehandelnde Dr. med. C.____, hielt als Befund fest, die Abduktion und Elevation der Schulter links sei nur bis 90 Grad möglich. Sie verschrieb der Versicherten Schmerzmittel und attestierte ihr vom 10. bis 15. Mai 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 12. Mai 2021 hielt Dr. C.____ fest, eine tags zuvor durchgeführte Sonographie der Schulter rechts habe vermehrte Flüssigkeit subdeltoideal im Sinne einer mässigen Bursitis zur Darstellung gebracht. Es erfolge eine systematische Therapie mit Schonung und Bedarfsanalgesie (Suva-act. 37). Ebenfalls am 12. Mai 2021 meldete der Arbeitgeber der Suva das Ereignis vom 7. Mai 2021 (Suva-act. 1). Am 17. August 2021 erfolgte eine Konsultation bei Dr. med. E.____, Fachärztin für Innere Medizin, welche die Versicherte zur weiteren Behandlung an Dr. med. F.____, Orthopädie G.____, verwies (Suva-act. 15, vgl. auch Suva-act. 2 und 53). Dieser untersuchte die Versicherte am 7. September 2021. Tags darauf berichtete er über einen unklaren Schulterschmerz besonders bei Abduktion nach axialem Zugtrauma vom 7. Mai 2021. Er habe eine Kernspintomographie veranlasst. Zusätzlich beginne die Versicherte nun mit Physiotherapie sowie Eigentherapie mit Voltaren für zwei Wochen (Suva-act. 2). Am 10. September 2021 führte Dr. med. H.____, Radiologie I.____, eine MR-Arthrographie der Schulter links durch. Er beurteilte gleichentags, es zeige sich ein fokales Kapselenhancement im axillären Recessus lateral (Differentialdiagnose: Reizung nach Zerrung / leichte glenohumerale Kapsulitis). Allenfalls liege eine diskrete Bursitis

subacromialis subdeltoidea und eine dezente Tendinopathie der langen Bizepssehne (LBS) vor (Suva-act. 19). Am 22. September 2021 diagnostizierte Dr. F.____ klinisch vornehmlich subacromiale Schulterschmerzen nach axialem Zugtrauma am 7. Mai 2021 und berichtete, es hätten sich keine grösseren morphologischen Schäden eingestellt, so dass ein konservativer Therapieweg zu präferieren sei. Sollten die Beschwerden in einem Zeitraum von ca. zwei bis drei Wochen nicht rückläufig sein, würde sich die Versicherte für eine zusätzliche subacromiale Infiltration melden (Suva-act. 3). Am 15. November 2021 wiederholte Dr. F.____ seine Diagnose vom 22. September 2021. Er hielt fest, da es trotz Therapie zu keiner Beschwerdebesserung, sondern im Gegenteil eher zu einer Verschlechterung gekommen sei, habe er am 21. Oktober 2021 eine Infiltration durchgeführt. Klinisch gehe er noch nicht von einer Schultersteife aus, ein fließender Übergang sei jedoch im Verlauf noch möglich (Suva-act. 4). Nach einer Untersuchung vom 23. November 2021 diagnostizierte Dr. F.____ sodann eine Frozen Shoulder links nach axialem Zugtrauma vom 7. Mai 2021. Da die Schulter gerade sehr schmerzhaft sei und überregional Probleme bereite, würde er primär ein orales Kortisonschema zum Einsatz bringen. Die Versicherte solle temporär eine Mitella tragen (Suva-act. 6). Er attestierte ihr vom 23. November bis 7. Dezember 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 8). Der Arbeitgeber meldete der Suva am 3. Dezember 2021 einen am 23. November 2021 eingetretenen Rückfall (Suva-act. 7). Dr. med. J.____, Neurologie K.____, hatte die Versicherte am 30. November und 2. Dezember 2021 untersucht. Tags darauf berichtete sie über eine chronische Schmerzsymptomatik der linken Schulter. Elektrophysiologisch fände sich ein unauffälliger Befund. Therapeutisch sei intensive Physiotherapie zum Aufheben der Schonhaltung notwendig. Hierfür wäre eine Reduktion der Schmerzintensität (medikamentös) wichtig. Falls dies ambulant schwer umsetzbar sei, sollte eine stationäre Rehabilitation angedacht werden, um der Chronifizierung entgegenzuwirken (Suva-act. 13). Auch in seinem Bericht vom 22. Dezember 2021 hielt Dr. F.____ als Diagnose eine Frozen Shoulder links nach axialem Zugtrauma vom 7. Mai 2021 fest. Er habe der Versicherten nochmals empfohlen, am besten infiltrativ oder alternativ oral mit Kortison die Entzündung zu hemmen und nachfolgend wieder aufzubauen. Die Versicherte könne sich für diesen Vorschlag nicht erwärmen und würde dies gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wahrnehmen (Suva-act. 14). Nachdem Suva-Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, am 22. Dezember 2021 unter anderem den stattgefundenen Diagnosewechsel (zuerst subacromiales Impingement, dann Frozen Shoulder) von Dr. F.____ in Frage gestellt hatte (vgl. Suva-act. 16), bat die Suva Dr. F.____ um eine diesbezügliche Stellungnahme (Suva-act. 18). Dr. F.____ führte am 10. Januar 2022 aus, eine Frozen Shoulder sei eine klinische Diagnose, welche kein direktes kernspintomografisches Korrelat aufweise/aufweisen müsse. Aus fast jeder Schulterpathologie heraus könne es zu überschüssenden Entzündungen mit Beteiligung glenohumeral kommen, so dass sich letztlich aus jeder Pathologie auch eine Schultersteife entwickeln könne. Im Fall der Versicherten sei ein Unfall der Auslöser gewesen, was zum Glück sehr selten sei. Die Versicherte zeige klinisch eine starke Schmerzausbreitung, weshalb sie sogar noch auf neurologische Schäden hin untersucht worden sei. Aufgrund der eindeutigen Frozen Shoulder habe er den Einsatz von Kortison empfohlen, was die Versicherte jedoch derzeit aufgrund einer früheren nachfolgenden Migräneattacke ablehne (Suva-act. 24). Dr. L.____ beurteilte am 17. Januar 2022, das Ereignis vom 7. Mai 2021 habe zu keiner zusätzlichen strukturellen Schädigung der vorgeschädigten (krankhafter Sehnenschaden [Tendinopathie] mit entzündlicher Schleimbeutelkrankung [Bursitis]) linken Schulter geführt. Die

vorübergehende ereigniskausale Behandlung sei spätestens am 21. Oktober 2021, also fünf Monate nach dem Ereignis, abgeschlossen gewesen. Damals sei der Zustand der linken Schulter erreicht gewesen, wie er auch ohne das Ereignis vorgelegen hätte. Folglich sei es ab 23. November 2021 nicht zu einem unfallkausalen Rückfall gekommen (Suva-act. 26). Mit formlosem Schreiben vom 20. Januar 2022 teilte die Suva der Versicherten mit, die medizinischen Unterlagen zeigten keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 7. Mai 2021 und ihren Schulterbeschwerden. Die Suva erbringe daher keine Versicherungsleistungen (Suva-act. 27). Die Versicherte erklärte sich am 24. Januar 2022 als nicht damit einverstanden (Suva-act. 31). Dr. L. ___ hielt am 14. Februar 2022 fest, seine Beurteilung vom 17. Januar 2022 habe nur die Rückfallbeschwerden betroffen. Er sei vom Abschluss der vorübergehenden ereigniskausalen Behandlung am 21. Oktober 2021 ausgegangen. Es hätte keine vollständige Ablehnung von Leistungen formuliert werden sollen (Suva-act. 38). Dr. L. ___ beurteilte am 9. März 2022, das Ereignis vom 7. Mai 2021 habe höchstens eine zeitlich limitierte und vorübergehende Verschlimmerung des Erkrankungsvorschadens an der linken Schulter verursacht. Im Zeitpunkt der MR-Arthrographie vom 10. September 2021 sei der Zustand der linken Schulter erreicht gewesen, wie dieser auch ohne das Unfallereignis vom 7. Mai 2021 vorgelegen hätte. Entsprechend sei die unfallkausale Behandlung damals abgeschlossen gewesen und die nachfolgenden Beschwerden der linken Schulter seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. Mai 2021 zurückzuführen gewesen (Suva-act. 42). Mit Verfügung vom 10. März 2022 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2021 ein, da der Status quo sine bereits am 10. September 2021 erreicht worden sei. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen bis zum 31. Dezember 2021 verzichtete sie (Suva-act. 47). Dagegen erhob die Atupri Gesundheitsversicherung, Krankenkasse der Versicherten, am 21. März 2022 provisorisch Einsprache (Suva-act. 48). Sie zog diese am 25. Mai 2022 zurück (Suva-act. 55). Dr. F. ___ hatte der Suva am 30. März 2022 mitgeteilt, der letzte direkte Kontakt mit der Versicherten habe am 7. Dezember 2021 bestanden. Der weitere Verlauf sei ihm nicht bekannt (Suva-act. 51). Die Versicherte hatte am 1. April 2022 Einsprache gegen die Verfügung vom 10. März 2022 erhoben (Suva-act. 50). Nach Einsicht in die Akten (vgl. Suva-act. 52) hatte sie am 19. Mai 2022 eine Einspracheergänzung eingereicht (Suva-act. 53). Mit Entscheid vom 6. September 2022 wies die Suva die Einsprache ab (UV-act. 58). Dagegen erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 3. Oktober 2022 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 6. September 2022 und somit die Verfügung vom 10. März 2022 seien aufzuheben. Es sei festzustellen, dass ihre Beschwerden an der linken Schulter Folgen des Unfallereignisses vom 7. Mai 2021 seien und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2022 weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine externe fachärztliche Begutachtung zur Frage der Unfallkausalität bzw. der Gesundheitsschädigung durch eine neutrale Fachperson zu veranlassen (act. G1). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2022 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer umfassenden Beschwerdeantwort und beantragte die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. G3). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin auf vorübergehende Versicherungsleistungen über den 31. Dezember 2021 hinaus. Der Arbeitgeber hatte der Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2021 einen seit 23. November

2021 bestehenden Rückfall gemeldet (Suva-act. 7). Vorliegend ist jedoch nicht von einem Rückfall auszugehen, zumal die Meldung einzig aufgrund der damals eingetretenen, rund zwei wöchigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Suva-act. 8), erfolgt war. Es war zuvor nicht zu einem Abschluss der medizinischen Behandlungen gekommen (vgl. Suva-act. 2 ff., 6, 19) und auch die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 10. März 2022 nicht von einem Rückfall aus (Suva-act. 47). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Die versicherte Person hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen bzw. hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht für einen Gesundheitsschaden einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2022, 8C_734/2021, E. 2.2.2 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54). 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. Dieser hat nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2021, 8C_80/2021, E. 2.2 mit Hinweisen). Der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 126 V 189 E. 4c). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht, wie bereits erwähnt, auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 f. E. 1a). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen von Suva-Kreisarzt Dr. L.____ (Suva-act. 42, 47, 58). Die Beschwerdeführerin spricht diesen die Beweiskraft ab und hält ihnen insbesondere die Einschätzung von Dr. F.____ entgegen (vgl. act. G1, Suva-act. 24). Die Beschwerdeführerin bemängelt zu Recht (act. G1), dass Dr. L.____ in seiner Beurteilung vom 9. März 2022 fälschlicherweise davon ausging, Beschwerden im Bereich der linken Schulter seien erstmals am 17. August 2021, also mehr als drei Monate nach dem Unfall vom 7. Mai 2021, bei einer Erstuntersuchung dokumentiert worden (Suva-act. 42). Korrekterweise fand die Erstuntersuchung allerdings bereits am 10. Mai 2021, mithin drei Tage nach dem Unfall, bei Dr. C.____ statt. Diese stellte jedoch lediglich eine eingeschränkte Abduktion und Elevation der linken Schulter (nur bis 90 Grad möglich) fest und erhob ansonsten unauffällige Befunde. Sie attestierte der Beschwerdeführerin vom 10. bis 15. Mai 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und verordnete ihr eine systematische

Therapie mit Schonung sowie Bedarfsanalgesie (Suva-act. 37). Dr. C.____ veranlasste eine Sonographie, welche tags darauf durchgeführt wurde. Sie hielt in ihren Behandlungseinträgen eine Sonographie der Schulter rechts fest, weshalb Dr. L.____ diese für die Beschwerden der linken Schulter als nicht verwertbar betrachtete (vgl. Suva-act. 38). Es ist jedoch davon auszugehen, dass tatsächlich eine Sonographie der schmerzhaften linken Schulter durchgeführt worden war. Die von Dr. C.____ veranlasste Sonographie hatte lediglich eine vermehrte Flüssigkeit subdeltoideal im Sinne einer mässigen Bursitis ergeben. Im Übrigen waren die Befunde unauffällig (Suva-act. 37). Die Tatsache, dass Dr. L.____ die vom 10. bis 12. Mai 2021 von Dr. C.____ durchgeführten bzw. veranlassten Untersuchungen in seiner abschliessenden Beurteilung vom 9. März 2022 (vgl. Suva-act. 42) nicht berücksichtigte, ist angesichts dieser Befundsituation nicht problematisch. Eine Bursitis war im Übrigen auch noch anlässlich der von Dr. L.____ erwähnten MR-Arthrographie vom 10. September 2021 festgestellt worden (vgl. Suva-act. 19). Bei der Beschwerdeführerin liegt – wie Dr. L.____ am 9. März 2022 gestützt auf die MR-Arthrographie vom 10. September 2021 nachvollziehbar festhielt (Suva-act. 42) – kein struktureller Gesundheitsschaden, sondern ein Erkrankungsvorschaden an der linken Schulter vor. Wie sich nachfolgend ergibt, ist dies entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G1) nicht zu beanstanden. Die Sonographie vom 11. Mai 2021 ergab – wie bereits erwähnt – eine vermehrte Flüssigkeit subdeltoideal im Sinne einer mässigen Bursitis. Im Übrigen waren die Befunde unauffällig (Suva-act. 37). Dr. H.____, welcher am 10. September 2021 eine MR-Arthrographie durchführte, beurteilte gleichentags, es zeige sich ein fokales Kapselenhancement im axillären Recessus lateral (Differentialdiagnose: Reizung nach Zerrung/leichte glenohumerale Kapsulitis). Allenfalls liege eine diskrete Bursitis subacromialis subdeltoidea und eine dezente Tendinopathie der LBS vor. Ansonsten seien die Verhältnisse regelrecht (Suva-act. 19). Bei einer Bursitis handelt es sich um eine akute oder chronische Schleimbeutelentzündung. Diese entsteht häufig nach einer örtlichen Infektion, aber auch bei degenerativen Prozessen oder nach einem stumpfen Trauma (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 334; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 280). Eine Tendinopathie stellt eine Entzündung der Sehne in Ansatznähe und damit grundsätzlich ein krankheitsbedingtes Leiden bzw. eine degenerative Veränderung dar. Sie kann jedoch auch zumindest sekundär als unfallkausaler Gesundheitsschaden, das heisst als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, auftreten (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1107; Psyhyrembel, a.a.O., S. 2091; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1807). Vorliegend erlitt die Beschwerdeführerin am 7. Mai 2021 weder ein stumpfes Trauma, noch eine Fraktur oder Ruptur, sondern ein sogenanntes "Zugtrauma" bzw. eine Zerrung/Distorsion (vgl. Suva-act. 19, 42). In der Sonographie vom 11. Mai 2021 wurden keine Begleitverletzungen, wie etwa ein Sehnenschaden, erhoben (vgl. Suva-act. 37). Es bestehen damit keine Hinweise, welche dafürsprächen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 7. Mai 2021 eine strukturelle Verletzung erlitten hätte und / oder dass es sich bei den radiologisch erhobenen Befunden – gemäss der genannten medizinischen Literatur – um (sekundäre) unfallkausale Gesundheitsschäden handeln würde. Stattdessen ist, wie nachfolgend auszuführen ist, entsprechend der Ansicht von Dr. L.____ (vgl. Suva-act. 42) und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. 47, 58), höchstens von einer zeitlich limitierten und vorübergehenden Verschlimmerung des Erkrankungsvorschadens an der linken Schulter auszugehen. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, sie habe vor dem Ereignis vom 7. Mai 2021 nie

Schulterbeschwerden gehabt (vgl. act. G1), schliesst dies einen (stummen) Vorzustand nicht aus (die Formel "post hoc ergo propter hoc" ist nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig [vgl. SVR 2009 UV Nr. 13, S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb]). Dr. L.____ beurteilte am 9. März 2022, aus medizinischer Sicht und Erfahrung mit vorübergehender Verschlimmerung von Erkrankungsvorschäden im Bereich des Schultergelenks sei im Zeitpunkt der MR-Arthrographie vom 10. September 2021, also mehr als vier Monate nach dem Unfall, der Zustand der linken Schulter erreicht gewesen, wie er auch ohne das Unfallereignis vorgelegen hätte (Status quo sine). Entsprechend sei zu diesem Zeitpunkt und nach erfolgter Abklärung der Beschwerden der linken Schulter die vorübergehende unfallkausale Behandlung abgeschlossen gewesen. Folgerichtig könnten die nachfolgenden Beschwerden der linken Schulter nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. Mai 2021 zurückgeführt werden (Suva-act. 42, vgl. auch Suva-act. 26, 38). Für das Erreichen des Status quo sine bzw. ante spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 spricht der nachfolgend dargestellte zeitliche Verlauf der Beschwerden und der medizinischen Behandlungen. Die Beschwerdeführerin begab sich – wie erwähnt – am 10. Mai 2021, also drei Tage nach dem Unfall vom 7. Mai 2021, erstmals in Behandlung bei Dr. C.____. Diese veranlasste eine Sonographie und verschrieb der Beschwerdeführerin anlässlich einer weiteren Untersuchung vom 12. Mai 2021 eine systematische Therapie mit Schonung und Bedarfsanalgesie (Suva-act. 37). Am 17. August 2021, mithin erst über drei Monate später, erfolgte eine Konsultation bei Dr. E.____ (Suva-act. 15). Zwar führte die Beschwerdeführerin aus, sie versuche, wenn möglich Arztkosten einzusparen (act. G1). Dennoch spricht die mehrmonatige Phase ohne ärztliche Behandlung gegen erhebliche Schulterbeschwerden. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin überwies Dr. E.____ sie im August 2021 an Dr. F.____ (Suva-act. 53, vgl. auch Suva-act. 2). Dieser untersuchte die Beschwerdeführerin erstmals am 7. September 2021 und verordnete ihr Physiotherapie sowie Eigentherapie mit Voltaren für zwei Wochen (Suva-act. 2). Nach Durchführung der MR-Arthrographie vom 10. September 2021 berichtete Dr. F.____ am 22. September 2021, es hätten sich keine grösseren morphologischen Schäden eingestellt, so dass ein konservativer Therapieweg zu präferieren sei (Suva-act. 3). Weitere zwei Monate später hielt Dr. F.____ fest, es sei trotz Therapie zu keiner Beschwerdebesserung, sondern eher zu einer Verschlechterung gekommen. Er habe deshalb am 21. Oktober 2021 eine Infiltration durchgeführt. Klinisch gehe er noch nicht von einer Schultersteife aus, ein fliessender Übergang sei jedoch im Verlauf noch möglich (Suva-act. 4). Am 23. November 2021 berichtete Dr. F.____ sodann erstmals über eine Frozen Shoulder links nach axialem Zugtrauma vom 7. Mai 2021. Da die Schulter gerade sehr schmerzhaft sei und überregional Probleme bereite, würde er primär ein orales Kortisonschema zum Einsatz bringen und die Beschwerdeführerin solle temporär eine Mitella tragen (Suva-act. 6). Wie sich aus den weiteren Akten ergibt, lehnte die Beschwerdeführerin die Kortisonbehandlung jedoch ab (vgl. Suva-act. 14, 24, 51). Dr. J.____, welche die Beschwerdeführerin am 30. November und 2. Dezember neurologisch untersuchte, stellte neurophysiologisch einen unauffälligen Befund fest. Sie empfahl intensive Physiotherapie zur Aufhebung der Schonhaltung (Suva-act. 13). Zusammenfassend kam es damit erst ab 7. September 2021, mithin vier Monate nach dem Unfall, zu detaillierteren Abklärungen. Die Frozen Shoulder wurde erst knapp sieben Monate nach dem Unfall diagnostiziert. Wie sich aus den Berichten von Dr. F.____ ergibt, klagte die Beschwerdeführerin seit Beginn der Behandlung bei ihm über zunehmende Beschwerden. Dies ist jedoch insofern nicht nachvollziehbar, als

die MR-Arthrographie vom 10. September 2021 – wie gesagt (E. 2.3) – nur noch allenfalls eine diskrete Bursitis und eine dezente Tendinopathie ergeben hatte. Anlässlich der Sonographie vom 11. Mai 2021, also nur wenige Tage nach dem Unfall, war bereits nur eine mässige Bursitis erhoben und keine Tendinopathie erwähnt worden (Suva-act. 37). Die vorliegend spätere Progredienz der Schmerzen und die erst am 23. November 2021, mithin über ein halbes Jahr nach dem Unfall, wieder (erstmalige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vom 10. bis 15. Mai 2021; vgl. Suva-act. 37) attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Suva-act. 8) entsprechen nicht dem Regelfall eines Heilungsprozesses von Schulterverletzungen ohne strukturelle Schädigung. Nach einer traumatischen Schmerzverursachung durch eine wie vorliegend geschehene leichte Distorsion ist stattdessen ein typisch degressiver Verlauf zu erwarten. Es erscheint deshalb als unwahrscheinlich, dass die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 bestehenden Beschwerden noch auf eine unfallkausale Ursache zurückzuführen sind. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass es nach dem Unfall im Verlauf zuerst (mindestens bis zum Beginn der Behandlung durch Dr. F.____ im September 2021) zu einer Besserung der Bursitis kam und danach aus unfallfremden Gründen eine Verschlechterung der Beschwerden eintrat. Die von Dr. F.____ vorgeschlagene Kortisonbehandlung lehnte die Beschwerdeführerin – wie gesagt – ab (vgl. Suva-act. 2, 6, 14). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin teilte Dr. F.____ am 30. März 2022 sodann mit, der letzte Kontakt mit der Beschwerdeführerin habe am 7. Dezember 2021 bestanden. Der weitere Verlauf sei ihm nicht bekannt (Suva-act. 51). Die Beschwerdeführerin führte in ihrer Beschwerde vom 3. Oktober 2022 ebenfalls aus, sie befinde sich derzeit nicht in medizinischer Behandlung. Die Beschwerden seien geringer geworden, es bestehe aber nach wie vor eine beträchtliche Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks (act. G1). Die offenbar seit 7. Dezember 2021 nicht mehr wahrgenommene Behandlung spricht ebenfalls für das Erreichen eines Status quo sine bzw. ante spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021. Die Beschwerdeführerin stellt der Einschätzung von Dr. L.____ die Beurteilung von Dr. F.____ entgegen (vgl. act. G1). Dieser führte am 10. Januar 2022 aus, eine Frozen Shoulder sei eine klinische Diagnose, welche kein direktes kernspintomografisches Korrelat aufweise / aufweisen müsse. Aus fast jeder Schulterpathologie heraus könne es zu überschüssenden Entzündungen mit Beteiligung glenohumeral kommen, so dass sich letztlich aus jeder Pathologie auch eine Schultersteife entwickeln könne. Im Fall der Beschwerdeführerin sei ein Unfall der Auslöser, was zum Glück sehr selten sei (Suva-act. 24). Wie sich aus der medizinischen Literatur ergibt, kann eine Frozen Shoulder Folge einer traumatischen Verletzung sein (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 733; Pschyrembel, a.a.O., S. 611; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1430). Die Ausführungen von Dr. F.____ sind jedoch insofern nicht nachvollziehbar, als er nicht begründete, weshalb er im Fall der Beschwerdeführerin den Unfall als Auslöser betrachtete. Auch äusserte er sich nicht zum Allgemeinzustand der Schulter links vor dem Unfallereignis und machte keine Ausführungen zum Erreichen des Status quo sine bzw. ante, obwohl – wie vorstehend ausgeführt – bei der Beschwerdeführerin unfallfremde bzw. vorbestehende Pathologien vorliegen. Seine Ausführungen stehen damit der Beurteilung von Dr. L.____ und insbesondere der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 nicht entgegen. Damit kam es infolge des Unfalls vom 7. Mai 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes (Bursitis, Tendinopathie) an der linken Schulter und der Status quo sine bzw. ante war spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 erreicht. Eventualiter ist darauf hinzuweisen,

dass wie erwähnt (E. 2.4) seit Dezember 2021 offenbar keine medizinische Behandlung mehr stattfand (vgl. Suva-act. 51, act. G1) und die Beschwerdeführerin die von Dr. F.____ vorgeschlagene Kortisonbehandlung abgelehnt hatte (vgl. Suva-act. 6, 14, 24, 51). Weitere medizinische Behandlungen wurden – abgesehen von der durch Dr. J.____ am 3. Dezember 2021 vorgeschlagenen Weiterführung bzw. Intensivierung der Physiotherapie (vgl. Suva-act. 13) – aktenkundig nie erwogen. Es ist daher davon auszugehen, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden durfte. Folglich war spätestens per 31. Dezember 2021 auch der Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erreicht und die Leistungseinstellung per dieses Datum ist nicht zu beanstanden. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 6. September 2022 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Im vorliegenden Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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