

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00226 vom 22. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00226

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00226 du 22 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00226 del 22 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen

Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegleitender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.4 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.5 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.6 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht

schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

Zu ergänzenden ist, dass bei Entscheiden, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind: bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Bundesgerichtsurteil vom 19. Januar 2010, 8C_675/2009, Erw. 2, mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete die Leistungseinstellung per 31. August 2007 unter Hinweis auf den Austrittsbericht der Klinik A. ___ vom 24. April 2007 und die Beurteilung von Dr. C. ___ vom 7. Mai 2008 im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin sowohl in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit wieder ganztags ohne Einschränkung arbeitsfähig sei und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Juni 2006 und sowohl der Unterflächennervenschädigung in der linken Schulter der Versicherten als auch deren psychischen Beschwerden verneint werden müsse. Es sei klar von einem leichten Unfall auszugehen (vgl. Urk. 2; Urk. 10).

Demgegenüber ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, dass der Darstellung Dr. C. ___, die Unterflächennervenschädigung der Supraspinatussehne sei degenerativer Natur, nicht gefolgt werden könne. Vom Moment des Unfalls vom 6. Juni 2006 an sei von Schmerzen auch im Schulterbereich und in jedem Arztbericht von einer Schulterkontusion gesprochen worden. Der Sehnenanriss sei auf den Unfall zurückzuführen und die damit in direktem Zusammenhang stehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei zu berücksichtigen. Folglich seien die Versicherungsleistungen per 1. September 2007 weiter zu gewähren. Bezüglich der psychischen Probleme führte sie an, es handle sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten. Da sie seit dem Unfall unter Dauerschmerzen leide und auch eine ärztliche Fehlbehandlung gegeben sei, indem die Unfallfolgen im Schulterbereich erst nach über einem Jahr diagnostiziert worden seien, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Unfallfolgen zu bejahen (Urk. 1; Urk. 15).

2.2 Strittig und zu präzisieren ist, ob zwischen der von der Klinik B. ___ hinsichtlich der linken Schulter diagnostizierten Unterflächennervenschädigung der Supraspinatussehne links und dem Unfall vom 7. Juni 2006 und zwischen den psychischen Beschwerden der Versicherten und dem Unfall vom 7. Juni 2006 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nicht umstritten ist, dass bezüglich des linken Handgelenks der Beschwerdeführerin nach dem 1. September 2007 keine Unfallfolgen mehr vorliegen. Etwas anderes geht denn auch aus den medizinischen Akten nicht hervor.

E. 3

3.1 Bezüglich der im Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Z. ___ vom 7. Juni 2006 (Urk. 11/3) - wie auch allen nachfolgenden Verlaufsberichten vom

13. und 21. Juni und 6. und 19. Juli 2006 (Urk. 11/3/1-2; Urk. 11/5-6) - diagnostizierten Schulterkontusion links sollte nach Abklingen der akuten Symptomatik eine Nachkontrolle zum Ausschluss einer Rotatorenmanschettenruptur stattfinden. Nachdem anfänglich in der linken Schulter eine leichte Druckdolenz dorsal, Coracoiddruckschmerz, eine wahrscheinlich schmerzbedingte Kraftminderung bei Aussen-, Innenrotation und Jobe-Test (Urk. 11/3) erhoben worden waren, wurde am 13. Juni 2006 bezüglich der Schulter folgender Befund festgehalten: ■ Im Bereich der linken Schulter keinerlei Schwellung oder Druckdolenz, Schmerzangabe subacromial bei Abduktion ab 80°, Elevation passiv jedoch uneingeschränkt möglich, Arm kann gegen Schwerkraft gehalten werden, Jobetest negativ. Haarknoten- und Schräggriff knapp möglich. Die Beschwerdeführerin werde sich bezüglich der Schulter in ambulante Physiotherapie begeben (Urk. 11/3/1). Am 19. Juli 2006 gab sie Schmerzen im Bereich der linken Schulter in Ruhe wie auch in Bewegung an (Urk. 11/6).

3.2 Am 9. November 2006 hielt der Kreisarzt Dr. med. D. ___ zuhause von Dr. med. E. ___, FMH Allgemeinmedizin, fest, das Schultergelenk links sei frei beweglich, die Bewegungen seien aber in alle Richtungen schmerzhaft. Die Rotatorenmanschette sei kooperationsbedingt nicht prüfbar. Der Befund der Halswirbelsäule sei bis auf eine leichte Palpationsempfindlichkeit und eine Verspannung der linksseitigen Nackenmuskulatur unauffällig (Urk. 11/13 S. 1). Eine Sudeck-Dystrophie als Ursache des Beschwerdebildes könne ausgeschlossen werden (Urk. 11/13 S. 2).

3.3 Aus dem Bericht über die MR-Arthrographie des linken Schultergelenks im Spital F. ___, Institut für Radiologie, vom 15. Februar 2007 geht folgende Beurteilung hervor: Leichte AC-Gelenksarthrose sowie einzelne kleine Zyste im Humeruskopf dorsal angrenzend an die Infrapinatussehne im Sinne von ganz leichten degenerativen Veränderungen, im übrigen unauffällige Darstellung der linken Schulter, insbesondere kein Nachweis einer Rotatorenmanschettenläsion, keine posttraumatischen Veränderungen (Urk. 11/22).

3.4 Dem Austrittsbericht der Klinik A. ___ vom 24. April 2007, der auf neurologischen, psychosomatischen und handchirurgischen Konsilien (Urk. 11/23/1-4) beruht, sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 11/23 S. 1):

- Unfall vom 7. Juni 2006: Sturz auf den linken Arm im anfahrenen Bus; Hyperflexionstrauma linkes Handgelenk und Kontusion dorsaler Unterarm links, fragliche nicht dislozierte distale intraartikuläre Radiusfraktur, Schulterkontusion links, konservative Therapie
- Diffuses Schmerzsyndrom ganze linke obere Extremität inklusive Schulter und linke Nackenhälfte
- Depressive Stimmungsschwankungen und labilisierte Affekte im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21)
- Diabetes mellitus Typ II seit zwei bis drei Jahren
- Arterielle Hypertonie

Die Beschwerdeführerin absolviere seit dem 18. April 2007 eine ambulante Arbeitstherapie in der Klinikwäscherei mit dem Ziel der schrittweisen Steigerung der Arbeitszeit von 2 bis auf 4 Stunden pro Tag. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen

objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch Beobachtungen im Behandlungsprogramm, und erfolge aus rein unfallkausalen Sicht: die Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin und jede leichte bis mittelschwere Arbeit sei der Beschwerdeführerin ganztags ohne spezielle Einschränkungen zumutbar. Die vorliegende psychische Störung mit Krankheitswert bedinge per se nicht zwangsläufig eine arbeitsrelevante Leistungsverminderung. De facto sei die Beschwerdeführerin zum aktuellen Zeitpunkt nur für sehr leichte Tätigkeiten einsetzbar (Urk. 11/23 S. 2).

3.5. Dem Abschlussbericht über die ambulante Arbeitstherapie vom 19. April bis 30. Mai 2007 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die Steigerung der Arbeitszeit wie vereinbart eingehalten habe. Die Schmerzen hätten im gewohnten Ausmass weiter bestanden, insbesondere seien sie im Bereich der Schulter- und Schultergürtelmuskulatur geklagt worden. Medizinisch-theoretisch sei der Beschwerdeführerin ihre frühere Tätigkeit als Wäscherei-Mitarbeiterin ganztags ohne Einschränkung zumutbar. Ebenso seien andere Tätigkeiten mindestens bis zum Belastungsniveau einer leichten bis mittelschweren Arbeit ganztags ohne Einschränkung zumutbar. Praktisch könne die Beschwerdeführerin zum aktuellen Zeitpunkt nur halbtags eine sehr leichte Arbeit ausführen. Tätigkeiten über Brusthöhe mit dem linken Arm seien nicht möglich (Urk. 11/24).

3.6. Bei der Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter der Beschwerdeführerin vom 17. September 2007 ergab sich folgender Befund: Keine Fraktur. Gut zentrierter Humeruskopf im Glenoid. [...] Leichte osteophytäre Ausziehung am Tuberculum infraglenoidale hinweisend auf eine leichte Omarthrose. Leichte AC-Gelenksarthrose. (Urk. 11/43). Bei der Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter der Beschwerdeführerin vom 17. Oktober 2007 ergab sich folgender Befund: Articulareitige Partialruptur der Supraspinatussehne [...]. [...] Kein Hinweis für eine Frozen Shoulder. Leichte AC-Gelenksarthrose. (Urk. 3/3).

3.7. Mit Arztbericht vom 31. Oktober 2007 hielt die Klinik B.____ - bei den oben im Sachverhalt erwähnten Diagnosen - fest, es bestehe eine deutlich eingeschränkte aktive Beweglichkeit bei passiver freier Beweglichkeit in Rotation und soweit beurteilbar auch in Flexion in Abduktion (Urk. 11/37 S. 1). Dem Bericht vom 7. Dezember 2007 ist zu entnehmen, dass die Schulter frei beweglich sei, allerdings habe die Beschwerdeführerin Schmerzen bei der Aussenrotation sowie bei der Flexion. Es beständen deutliche Beschwerden, welche eine weitere Untersuchung erschwerten. Es wurde ein Druckschmerz über dem AC-Gelenk festgestellt (Urk. 11/38 S. 1). Am 23. Januar 2008 hielt der verantwortliche Arzt fest, da die subacromiale AC-Gelenks- sowie die intraartikuläre Infiltration keine Beschwerdelinderung gebracht hätten, sei anzunehmen, dass die Schmerzen nicht hauptsächlich vom linken Schultergelenk ausgingen, weshalb zum Ausschluss einer Nervenwurzelkompression eine MR-Untersuchung der Halswirbelsäule angeordnet wurde (Urk. 11/41).

3.8. Mit Bericht vom 6. März 2008 führte Prof. Dr. med. G.____, FMH Radiologie, Klinik B.____, zuhanden von SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ aus, er würde den Supraspinatus in der Untersuchung vom 17. Oktober 2007 weiterhin so beurteilen, dass die Supraspinatussehne ansatznahe deutlich degeneriert sei, mit Unterflächchen-Partialläsion.

Retrospektiv sei die Voruntersuchung vom 15. Februar 2007 sehr ähnlich. Dass der Befund nicht erwähnt werde, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass auch aus physikalischen Gründen Artefakt Signalveränderungen des Supraspinatus auftreten können. Er denke jedoch, dass die vorliegend beschriebenen Veränderungen zu unregelmässig seien, um als Artefakt beurteilt zu werden. Zusätzlich lagen bei beiden Untersuchungen diskrete narbige Veränderungen im Rotatorenintervall vor. Solche Veränderungen können beispielsweise bei einer Frozen Shoulder vor (Urk. 3/5).

3.9. Die Ärzte der Wirbelsäulensprechstunde der Klinik B. kamen nach erfolgter MR-Untersuchung der Halswirbelsäule im Bericht vom 4. April 2008 zum Schluss, dass von Seiten der Wirbelsäule kein Grund für die von der Versicherten angegebenen Beschwerden bestehe. Da der Hauptschmerz nach wie vor im Bereich der Schulter liege, werde die Patientin zur weiteren Behandlung in die Schultersprechstunde zurücküberwiesen (Urk. 11/50-52).

3.10. Der Beurteilung der Beschwerdeführerin durch SUVA-Kreisarzt Dr. C. vom 7. Mai 2008 ist zu entnehmen, dass es sich bei der durch Prof. G. beschriebenen Unterflächchenpartialläsion in den MRIs vom 15. Februar und 17. Oktober 2007 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um degenerative Veränderungen handle. Die Beurteilung des MRIs durch das radiologische Institut des F.s Baden vom 15. Februar 2007 stehe nicht im Widerspruch zu der Beurteilung von Prof. G.. Schon damals seien leichte degenerative Veränderungen beschrieben worden. Dr. D. habe fünf Monate nach dem Unfallereignis noch eine freie Schulterfunktion gefunden. Erst anlässlich des Aufenthaltes in der Klinik A. vom 7. Februar bis 18. April 2007 seien erhebliche Einschränkungen der linken oberen Extremität beschrieben worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit handle es sich bei der Unterflächchenpartialläsion an der linken Rotatorenmanschette um einen vorbestehenden degenerativen Schaden, der nicht mit dem Unfallereignis vom 7. Juni 2006 in Zusammenhang stehe. Demzufolge sehe er keine Veranlassung an der Beurteilung gemäss Austrittsbericht der Klinik A. vom 24. April 2007 eine Änderung vorzunehmen (Urk. 11/53).

3.11. Am 4. Juli 2008 führte die Klinik B., Orthopädie, Schulter/Ellbogen, zuhanden der SUVA dieselben Diagnosen an wie in ihrem letzten Bericht vom 23. Januar 2008. Von Seiten der HWS sei eine Ursache für die Schmerzsymptomatik ausgeschlossen. Am ehesten seien die Beschwerden der Beschwerdeführerin auf eine Algodystrophie zurückzuführen. Hierbei würde auch sprechen, dass ein Therapieversuch im Dezember 2007 mit Miacalcic zu einer geringen Beschwerdebesserung geführt habe. Aus schulterchirurgischer Sicht sähen sie derzeit keine Interventionsmöglichkeiten (Urk. 11/59).

4. Die am 15. Februar und 17. Oktober 2007 angefertigten MRIs der linken Schulter der Beschwerdeführerin sprechen somit für eine Unterflächchenpartialläsion der Supraspinatussehne. Ob diese auf den Unfall vom 7. Juni 2006 zurückzuführen ist, kann allein aufgrund der Beurteilung von SUVA-Kreisarzt Dr. C. nicht entschieden werden. Dieser begründet nämlich das Fehlen der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden nicht auf nachvollziehbare Weise. So hat er sich zu den in Betracht fallenden Ursachen einer Unterflächchenpartialläsion nicht geäußert und nicht dargelegt, warum vorliegend eine unfallmässige Genese ausgeschlossen werden kann. Soweit er dies anhand des Verlaufs zu tun scheint, indem er auf die anfängliche, am 9. November 2006 von Dr. D. konstatierte freie Schulterbeweglichkeit verweist, ist diese

Beurteilung nicht umfassend, denn eine Auseinandersetzung mit der seit dem Unfall vom 7. Juni 2006 in den medizinischen Akten durchgehend ausgewiesenen Schmerzhaftigkeit der linken Schulter findet nicht statt. Die sich ausserdem stellende Frage, ob die Läsion, sollte es sich dabei tatsächlich um eine degenerative Erscheinung handeln, durch den Unfall vorübergehend oder richtunggebend verschlimmert worden ist, hat er gar nicht behandelt. Der Verweis auf den Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 24. April 2007 geht im Zusammenhang mit der Unfallkausalität fehl, äusserten sich die Ärzte in jenem Bericht zu dieser Frage doch nicht. Die für eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung geltenden strengen Anforderungen sind daher nicht erfüllt. Bei dieser Ausgangslage wird die Beschwerdegegnerin die Frage der Unfallkausalität von einem externen Facharzt beurteilen zu lassen haben.

5. Bezüglich eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Ereignis vom 7. Juni 2006 ist die Adäquanz aufgrund der Unklarheiten bezüglich der Schulterbeschwerden nicht beurteilbar. Ohne weitere Abklärung diesbezüglich kann nämlich nicht überpruft werden, ob und inwieweit die namentlich bei mittelschweren Unfällen erforderlichen Adäquanz-Kriterien gegeben sind (vgl. BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa) beziehungsweise ob die Beschwerdeführerin unter unfallbedingten Dauerschmerzen leidet und ob allenfalls eine ärztliche Fehlbehandlung vorliegen könnte, indem die Unfallfolgen im Schulterbereich erst nach über einem Jahr diagnostiziert worden sind. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin nach den getätigten Abklärungen bezüglich der Schulter der Beschwerdeführerin erneut zu prüfen sein. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6. Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. In Berücksichtigung dieser Kriterien erscheint eine Prozessentschädigung von 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Juni 2008 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Thomas Wirz
- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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