

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00200 vom 12. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00200

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00200 du 12 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00200 del 12 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. A., geboren 1958, arbeitete seit 1981 bei der B. und ist seit 2002 bei der C. als Flight Attendant beschäftigt und damit bei der SUVA gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Urk. 9/1 und Urk. 11/1). Mit Unfallmeldung vom 10. Januar 2002 setzte die B. die SUVA darüber in Kenntnis, dass die Versicherte am 31. Dezember 2001 auf einer verdeckten Eisblase ausgerutscht sei und sich die rechte Schulter verletzt habe (Urk. 11/1). Laut ärztlicher Bestätigung vom 4. Januar 2002 von Dr. D., Ärztin für Allgemeinmedizin (Urk. 11/2), erlitt A. eine "Contusio gravis reg. omi dext. anterior" und war vom 31. Dezember 2001 bis 4. Januar 2002 arbeitsunfähig.

1.2. Mit Unfallmeldung vom 25. September 2007 unterrichtete die Arbeitgeberin die SUVA darüber, dass A. am 23. September 2007 am Flughafen Johannesburg Opfer eines Verkehrsunfalls geworden sei und sich dabei am Fussgelenk links verletzt habe (Bänderriss, Urk. 9/1). Dr. E., Arzt am F., diagnostizierte im Arztzeugnis vom 5. Oktober 2007 (Urk. 9/2) eine Kontusion des oberen Sprunggelenkes und des Vorfusses links sowie eine Distorsion am rechten Handgelenk und bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für voraussichtlich bis Mitte Oktober. Die SUVA trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

1.3. Nachdem das MRI des rechten Handgelenks vom 25. Januar 2008 (Urk. 9/17) keinen Nachweis einer Fraktur oder Knochennekrose, aber ein radiopalmes Ganglion gezeigt hatte, überwies Dr. E. die Versicherte mit Schreiben vom 14. Juni 2008 wegen unklarer Schulterschmerzen rechts bei Status nach Kontusion des OSG und Vorfusses links und Status nach Handgelenksdistorsion rechts zur Standortbestimmung an Dr. med. G., Orthopädische Chirurgie FMH (Urk. 9/11). Dieser fand gemäss Bericht vom 7. Juli 2008 (Urk. 9/12) aufgrund der Klinik keine spezifischen Unfallfolgen, veranlasste aber eine Ultraschalluntersuchung, um zu klären, ob eine Bursitis subacromial oder doch irgendwelche Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette vorliegen. Die Schultersonographie vom 9. Juli 2008 (vgl. Urk. 9/14) bestätigte laut Dr. G. den klinischen Befund, dass keine schwerwiegende Verletzung an der rechten Schulter vorliege (Urk. 9/13). Dr. med. H. der I. diagnostizierte im Bericht vom 28. Juli 2008 (Urk. 9/19) ein Impingement der rechten Schulter, möglicherweise getriggert durch kompensatorische Bewegungen bei Restbeschwerden bei Status nach Handgelenksdistorsion der rechten Hand.

1.4. Am 4. September 2008 meldete die Arbeitgeberin der SUVA, dass die Versicherte am 16. Oktober 2004 ausgerutscht sei und sich eine Zerrung an der Schulter

rechts zugezogen habe (Urk. 10/1). Im Arztzeugnis vom 24. Januar 2009 diagnostizierte Dr. E. ___ eine Schulterzerrung rechts und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis 29. Oktober 2004. Der Behandlungsabschluss habe am 29. Oktober 2004 stattgefunden (Urk. 10/8).

1.5     Mit Schreiben vom 18. Februar 2009 teilte die SUVA der Versicherten mit, dass sie sich bezüglich der Schulterbeschwerden als nicht leistungspflichtig erachte (Urk. 9/21). Nachdem A. ___ hiergegen am 28. Februar 2009 opponiert hatte (Urk. 9/22), fand eine kreis rztliche Beurteilung durch Kreisarzt Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, statt. Dieser stellte im Bericht vom 19. März 2009 (Urk. 9/23) fest, dass es sich beim Schmerz in der rechten Schulter um einen Reizzustand der subacromialen Bursa idiopathischer, also nicht weiter zu definierender Ursache handle.

1.6     Dr. med. K. ___, Chefarzt Orthopädie an der L. ___, stellte im Arztbericht vom 14. September 2009 (Urk. 9/35) den klinischen Verdacht auf eine SLAP-Läsion sowie ein aktiviertes AC-Gelenk der Schulter rechts und empfahl im Bericht vom 5. Oktober 2009 (Urk. 9/36) eine Arthroskopie mit arthroskopischer Refixation des anterocranialen Limbus und gleichzeitiger AC-Gelenksresektion. Mit Verfügung vom 21. Januar 2010 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht bezüglich der Schulterbeschwerden und stellte die Leistungen bezüglich der bestehenden Handgelenksbeschwerden rechts (Ganglion) ein (Urk. 9/43), nachdem sie die Heilbehandlung am Handgelenk formlos bereits am 19. Februar 2009 eingestellt hatte (vgl. Urk. 18). Hiergegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 17. Februar 2010 Einsprache erheben und die (Weiter)Ausrichtung der Versicherungsleistungen beantragen (Urk. 9/47). Mit Einspracheerg nzung vom 31. März 2010 liess sie den Operationsbericht der L. ___ vom 16. Februar 2010 (Urk. 8/52/4-5) und den Arztbericht von PD Dr. med. M. ___, Chirurgie, spez. Handchirurgie FMH, (Urk. 9/51/8) einreichen (Urk. 9/51/1-2). Nachdem die SUVA die Sachlage vom internen Versicherungsmediziner Dr. med. N. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, hatte beurteilen lassen (Bericht vom 20. Mai 2010, Urk. 9/56), wies sie die Einsprache mit Entscheid vom 25. Mai 2010 ab (Urk. 2).

2.     Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. ___ durch Rechtsanwalt Luzius Hafen mit Eingabe vom 23. Juni 2010 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 30. September 2010 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 7. April 2011 ergänzte die Beschwerdeführerin den beschwerdeweise gestellten Antrag dahingehend, als die gesetzlichen Leistungen mindestens bis zum 21. Januar 2010 auszurichten seien (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Eingabe vom 18. Mai 2011 an ihrem Rechtsbegehren fest (Urk. 18). Darüber wurde die Beschwerdeführerin am 24. Mai 2011 in Kenntnis gesetzt (Urk. 19).

     Anzufügen bleibt, dass die Helsana Versicherungen AG als Krankenversicherer mit Eingabe vom 27. Januar 2010 gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Januar 2010 vorsorglich Einsprache erhoben (Urk. 9/45), diese mit Schreiben vom 4. März 2010 jedoch wieder zurückgezogen hat (Urk. 9/50).

3.     Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.1.1.1.1.1

1.1.1.1.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

1.2.1.1.1.1 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3.1.1.1.1 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (Erw. 1.2 hievon) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 360 Erw. 4a und 376 Erw. 3a, 115 V 142 Erw. 8b mit Hinweisen). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese

Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b mit Hinweis).

1.4 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

1.5 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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 (Urteil 8C_59/2011 vom 10. August 2011 E. 5.2; RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

E. 2

2.1. Laut ärztlicher Bestätigung von Dr. D.____ erlitt die Beschwerdeführerin anlässlich eines Sturzes am 31. Dezember 2001 eine schwere Prellung der rechten vorderen Schulter ("Contusio gravis reg. omi dext. anterior") und war vom 31. Dezember 2001 bis 4. Januar 2002 arbeitsunfähig (Urk. 11/2).

2.2. Im Arztzeugnis vom 24. Januar 2009 (Urk. 10/8) betreffend das Sturzereignis vom 16. Oktober 2004 diagnostizierte Dr. E.____ eine Schulterzerrung rechts. Es sei keine Schwellung feststellbar, Schärzen- und Nackengriff sowie Kraft und Aussenrotation gegen Widerstand seien schmerzhaft gewesen. Die Behandlung sei am 29. Oktober 2004 abgeschlossen worden, die Arbeitsunfähigkeit habe vom 17. bis 29. Oktober 2004 gedauert und 100 % betragen.

2.3. Nach dem Unfallereignis vom 23. September 2007 diagnostizierte Dr. E.____ im Arztzeugnis vom 5. Oktober 2007 (Urk. 9/2) eine Kontusion des oberen Sprunggelenks (OSG) und des Vorfusses links sowie eine Handgelenksdistorsion rechts. Am Fuss links beständen ein Schmerz bei Flexion und Extension, ein Belastungsschmerz sowie eine Druckdolenz. In der rechten Hand klage die Beschwerdeführerin lediglich über einen Bewegungsschmerz. Es bestehe keine Handschwellung. Der Röntgenbefund des OSG und Vorfusses sowie des Handgelenks sei bland. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich Mitte Oktober 2007.

2.4. Die am 23. Januar 2008 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Handgelenks (Bericht der L.____ vom 25. Januar 2008, Urk. 9/17) ergab keinen Nachweis einer Fraktur oder Knochennekrose. Die native Darstellung der rechten Handwurzel zeige kein Lodem im Markraum der dargestellten ossären Strukturen. Hingegen beständen ein radiopalmars Ganglion und eine leichte Strukturauflockerung ohne Nachweis einer Ruptur des scapho-lunären Bandes (SL-Band) sowie eine leichtgradige Diskusläsion ulnarseits.

E. 2.5

2.5.1. Dr. G.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 7. Juli 2008 (Urk. 9/12), die Beschwerdeführerin habe im September 2007 in Südafrika einen Verkehrsunfall erlitten mit länger dauernden Beschwerden in der rechten Hand und im linken Fuss. Nun verspüre sie auch Schulterbeschwerden rechts, die sie sowohl in Ruhe als auch in Bewegung störten. Im Alltag sei sie dadurch etwas behindert, sie nehme aber keine Medikamente ein. Die Befragung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin vor etwa drei Jahren eine Schulterkontusion rechts erlitten habe. Unter Physiotherapie hätten die Beschwerden zumindest weitgehend beruhigt werden können.

Bei der Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin passiv eine weitgehend freie Schultergelenkbeweglichkeit rechts ohne muskuläre Atrophien oder Störungen der Trochik. Ein Impingement sei nicht auslösbar, und die rohe Muskelkraft der Rotatorenmanschette sei nicht herabgesetzt. Es beständen etwas Kapseldehnschmerzen und eine diskrete Einschränkung der Innenrotation, indessen keine Hinweise auf eine Instabilität. Die Röntgenbilder aus dem Jahr 2004 zeigten eine diskrete degenerative Veränderung im Bereich des glenohumeralen Gelenks, etwas mehr als man altersentsprechend erwarten würde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Klinik fänden sich keine spezifischen Unfallfolgen, insbesondere lägen keine Hinweise auf eine Instabilität oder auf eine mechanisch relevante Rotatorenmanschettenläsion vor. Die Symptome sähen eher wie eine muskuläre Symptomatik im Sinne einer Periarthritis humero-scapularis (PHS) tendinotica aus.

2.5.2 Ä Ä Nach der am 9. Juli 2008 durchgeführten Schultersonographie (vgl. Urk. 9/14), welche lediglich eine winzige alte Narbe im rechten Supraspinatus, die keine klinische Bedeutung hat, sowie eine leichte Verdickung der Bursa subacromialis, vereinbar mit chronischer Bursitis, allerdings klinisch zur Zeit nicht gross in Erscheinung tretend, und die übrigen Abschnitte als symmetrisch sowie altersentsprechend regelrecht gezeigt hatte, stellte sich Dr. G. im Bericht vom 14. Juli 2008 (Urk. 9/13) auf den Standpunkt, der klinische Befund, dass keine schwerwiegende Verletzung an der rechten Schulter vorliege, sei bestätigt worden. Ein sinnvolles muskuläres Training für die Schultermuskulatur sei günstig, andere Massnahmen seien nicht notwendig.

2.6 Ä Ä Ä Dr. H., der ein Impingement der rechten Schulter, möglicherweise getriggert durch kompensatorische Bewegungen bei Restbeschwerden bei Status nach Handgelenksdistorsion der rechten Hand diagnostizierte, berichtete am 28. Juli 2008 (Urk. 9/19), laut Angaben der Beschwerdeführerin ständen die Schulter- sowie die Handbeschwerden im Vordergrund. Die Schulterbeschwerden hätten sich im Verlauf nach dem Unfall ausgebildet. Es handle sich um ein klares Impingement bei Fehlhaltung, wahrscheinlich auf Grund von Kompensationsbewegungen wegen der schmerzhaften Hand. Es seien eine Injektion streng subacromial und danach eine Injektion rein intra-artikulär mit Xylocain verabreicht worden, worauf die Beschwerdeführerin praktisch beschwerdefrei gewesen sei. Es handle sich somit um eine entzündliche Komponente, sowohl subacromial als auch intraartikulär. Dr. H. empfahl einen Cortison-Stoss mit gleichzeitiger Durchführung einer gut das Schultergelenk zentrierenden Muskelaufbau-therapie.

2.7 Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. J. hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 19. März 2009 (Urk. 9/23) dafür, dass die Theorie von Dr. H., die Handgelenksbeschwerden hätten zu Kompensationsbewegungen im Schultergelenk geführt, die die symptomatische subacromiale Bursitis ausgelöst hätten, anscheinend ad hoc aufgestellt worden sei. Ihm seien keine Studien bekannt, die belegen würden, dass marginale Störungen der Handgelenksfunktion zu Schulterbeschwerden in der Art eines subacromialen Impingements am gleichen Arm führten. Die subacromiale Bursa zeige häufig entzündliche Veränderungen, die schmerzhaft seien. Im Zusammenhang mit einer erheblichen Kontusion könne dies traumabedingt sein, sei aber nicht zwingend. Die Beschwerdeführerin habe nach den in den Jahren 2002 und 2004 erlittenen Traumatisierungen der Schulter über zweijährige Perioden ohne ärztliche Behandlung der rechten Schulter aufzuweisen, so dass davon ausgegangen werden müsse, die Folgen dieser Prellungen seien ohne Residuen abgeheilt. Im September 2007 sei es nach den ärztlichen Berichten zu keiner Traumatisierung der rechten Schulter gekommen, so dass dieses Ereignis als Auslöser weg falle. Die Schuldersymptomatik sei auch erst nachher allmählich aufgetreten, was ebenfalls gegen einen kausalen Zusammenhang spreche. Es handle sich somit um einen Reizzustand der subacromialen Bursa - durch die erfolgreiche Behebung der Schmerzen durch Instillation von Lokalanästhetikum sei die Diagnose bewiesen - idiopathischer, also nicht weiter zu

definierender Ursache. Der subacromiale Raum sei gleichsam die Achillesferse des Schultergelenks, Beschwerden seien dort häufig und durch den Aufbau des Schultergelenks mit einer hohen mechanischen Beanspruchung im geschilderten Raum erklärbar. Die Ultraschalluntersuchung vom Juli 2008 zeige eine verdickte subacromiale Bursa, was den Reizzustand verstärken mache. Es dürfe daraus nicht gefolgert werden, diese Bursa sei als Residuum der früheren Traumatisierungen verdickt geblieben, im Juli habe sie sich bereits in einem leicht gereizten Zustand befunden, der sich in der Folge noch etwas intensiviere.

E. 2.8

2.8.1.1 Im Bericht vom 14. September 2009 (Urk. 9/35) stellte Dr. K. ____, L. ____, klinisch den Verdacht auf eine Läsion des Superior Labrum Anterior and Posterior (SLAP-Läsion) und ein aktiviertes Acromio-clavicular-Gelenk (AC-Gelenk) Schulter rechts. Es bestehe seit den beiden letzten Traumatisierungen 2004 respektive 2007 eine zuletzt anhaltende, konservativ therapieresistente Schmerzsymptomatik bewegungsabhängig klar im vorderen Gelenksbereich lokalisiert. Die auf eine SLAP-Läsion hinweisenden klinischen Zeichen seien positiv. Die Nativ-MRI-Untersuchung zeige eine Unterminierung des antero cranialen Limbus ohne klare Zeichen einer frischen Läsion, wobei die Untersuchung 1 1/4 Jahre nach der zuletzt erfolgten Traumatisierung durchgeführt worden sei. In Anbetracht der konservativ therapieresistenten Beschwerden sei in dieser Situation die Indikation für eine Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter klar gegeben.

2.8.2.1 Das Arthro-MRI vom 29. September 2009 (vgl. Urk. 9/38) zeigte eine AC-Arthrose mit abnehmender Aktivierung seit der Voruntersuchung vom 15. Dezember 2008. Es konnte kein Nachweis einer sicheren SLAP-Läsion erbracht werden. Die Rotatorenmanschette zeigte sich intakt. Dr. K. ____, L. ____, beurteilte darauf die Situation im Bericht vom 5. Oktober 2009 (Urk. 9/36) dahingehend, dass von einer Kombinationsverletzung im Bereich einerseits des antero cranialen Limbus und andererseits des AC-Gelenkes ausgegangen werden müsse. Die entsprechenden Traumata würden dazu passen, dies durch eine Außenrotations-Bewegung mit axialer Krafteinleitung auf die Schulter (antero cranialer Limbus) sowie durch eine direkte Schulterkontusion (AC-Gelenk). In Anbetracht der anhaltenden Beschwerden sei eine Arthroskopie mit arthroskopischer Refixation des antero cranialen Limbus und gleichzeitiger AC-Gelenksresektion zu empfehlen.

2.8.3.1 Gemäss Bericht über die von Dr. K. ____, L. ____, am 16. Februar 2010 durchgeführte Operation (Arthroskopie der rechten Schulter usw.) (Urk. 8/51/4-5) wurde eine auffällig verdickte Bursa subacromialis gefunden. Das Acromion sei ventral etwas nach kaudal gezogen mit leichtgradiger Delaminierung des Coracromial Ligaments (CA-Ligaments) am acromialen Ansatz. Die Rotatorenmanschetten-Oberfläche sei nach Débridement und Bursektomie unauffällig allseits in Kontinuität. Der Hauptbefund bestehe klar im aktivierten AC-Gelenk. Der Discus articularis sei vollständig zerschlagen. Es hätten sich zahlreiche Zysten sowohl claviculär wie auch acromial gebildet. Die Kapsel sei ventral, kranial und dorsal narbig verändert. Kaudal sei sie nur noch dünn erhalten. Es gebe erhebliche synovitische Veränderungen im Gelenk selber und zusätzlich auch osteophytäre Ausziehungen kaudal/acromial wie auch claviculär in den Subacromialraum vorwärtig.

2.9. PD Dr. M. ___ erwog im Bericht vom 2. März 2010 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 9/51/8), dass Ganglien spontan auftreten (meist als Folge einer lockeren Bandstruktur mit deutlicher Überbeweglichkeit, zum Beispiel bei jungen Frauen) sowie bei anderen Reizzuständen des Handgelenks (zum Beispiel Gelenkserguss bei Arthrose). Eine weitere Hauptursache für Handgelenksganglien seien traumatische Ereignisse im Sinne von direkten Prellungen oder aber indirekten Zerrungen. Für ihn (PD Dr. M. ___) sei eine posttraumatische Entstehung des Ganglions dann wahrscheinlich, wenn die Patientin die Neubildung nach einem adäquaten Trauma mit Entwicklung einer Schmerzhaftigkeit beschreibe. Dies sei bei der Beschwerdeführerin der Fall. Sie gebe an, vor dem Verkehrsunfall im September 2007 keine Handgelenksbeschwerden gehabt zu haben. Es sei bei ihr ein handrückenseitiges Handgelenksganglion mit einem subfasziellen wie auch einem intraossären Anteil (das angefertigte Röntgenbild des rechten Handgelenks zeige eine Aufhellungszone im sogenannten Mondbein, die als intraossäre Komponente des Ganglions interpretiert werden müsse) festzustellen. Zusätzlich zeigten sich diskrete Zeichen einer Arthrose im Scapho-Trapezio-Trapezoideal-Gelenk (STT-Arthrose), die keinen Zusammenhang mit dem handrückenseitigen Ganglion habe. Weitere Veränderungen fielen weder klinisch noch radiologisch, was die Unfallgenese des Ganglions glaubhaft mache.

2.10. Versicherungsmediziner Dr. N. ___ gab am 20. Mai 2010 (Urk. 9/56) folgende Beurteilung ab: Eine Unfallkausalität der am 16. Februar 2010 operierten AC-Arthrose rechts sei bloss möglich. Auch im Schultergelenk selber habe sich arthroskopisch keine traumatische Läsion gefunden, Rotatorenmanschette und Bizepssehne seien intakt. Der behandelnde Arzt mache aufgrund nachträglicher Hypothesen eine rein zeitliche Kausalattribution "post hoc". Dabei sei die Schulter am 23. September 2007 gar nicht verletzt worden. Auch ein Kausalzusammenhang mit den früheren Prellungen sei nicht wahrscheinlich (jeweils nur kurze Behandlung, keine Brückensymptome, Latenz). So habe der Orthopäde Dr. G. ___ keine Anhaltspunkte für Unfallfolgen gehabt. Die Sonographie vom 9. Juli 2008 sei ebenfalls unauffällig gewesen, insbesondere zeige sie normale AC-Gelenke im Seitenvergleich.

Bezüglich des Handgelenksganglions rechts sei ein Kausalzusammenhang mit der geltend gemachten Distorsion ebenfalls nur möglich. So hätten sich im MRI kein "bone bruise" gezeigt und die Bänder seien intakt. Dr. M. ___ mache in seinem Zeugnis bloss eine zeitliche Zuordnung ohne konkrete medizinische Begründung. Nach gängiger Lehrmeinung gälten Ganglien generell als krankhaftes Problem. Ohne Nachweis einer eindeutigen Handgelenksverletzung mit Instabilität bestehe kein Anlass, hiervon abzuweichen.

E. 3

3.1. Kreisarzt Dr. J. ___ (Erw. 2.7) und Versicherungsmediziner Dr. N. ___ (Erw. 2.10) gehen davon aus, dass die Schulterbeschwerden auf keinen der von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfälle zurückzuführen ist. Eine klare Aussage dahingehend, dass die Schulterbeschwerden mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eines der Unfallereignisse zurückzuführen seien, machen auch Dr. K. ___ (Erw. 2.8) und Dr. H. ___ (Erw. 2.6) nicht, auch wenn die Beschwerdeführerin deren Berichterstattungen so verstanden haben will. Während sich Dr. H. ___ auf den Standpunkt stellte, das von ihm diagnostizierte Impingement bei Fehlhaltung gründe lediglich wahrscheinlich auf Kompensationsbewegungen wegen der schmerzhaften Hand,

hielt Dr. K.____ - lediglich im Konjunktiv formuliert - dafür, dass die entsprechenden Traumata zu der von ihm interpretierten Kombinationsverletzung im Bereich des antero-craniellen Limbus sowie des AC-Gelenks passten.

3.2. Fest steht, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls im September 2007 kein Trauma der rechten Schulter erlitten hat. Schmerzen in der rechten Schulter werden erstmals im Überweisungsschreiben an Dr. G.____ vom 14. Juni 2008 beschrieben, wobei Dr. E.____ auf eine Mehrbelastung der Schulter durch die Schonung der Hand hingewiesen hat (Urk. 9/11). Dr. G.____ (Erw. 2.5.1) fand keine spezifischen Unfallfolgen, insbesondere verneinte er das Vorliegen von Hinweisen auf eine Instabilität oder auf eine mechanisch relevante Rotatorenmanschettenläsion. In der von ihm veranlassten Sonographie wurde lediglich eine winzige alte Narbe im rechten Supraspinatus, welche keine klinische Bedeutung hat, sichtbar. Hingegen erkannte Dr. G.____ auf den Röntgenbildern aus dem Jahr 2004 diskrete degenerative Veränderungen im Bereich des glenohumeralen Gelenks, die etwas ausgeprägter waren als man altersentsprechend erwarten dürfte. Dr. H.____ erwähnte im Bericht vom 28. Juli 2008 (Erw. 2.6), dass das von ihm diagnostizierte Impingement der rechten Schulter möglicherweise durch kompensatorische Bewegungen bei Restbeschwerden bei Status nach Handgelenksdistorsion der rechten Hand seien. Auch wenn er eine Fehlhaltung feststellte, kann hieraus nicht geschlossen werden, dass diese auf Kompensationsbewegungen wegen der schmerzenden rechten Hand zurückzuführen sind, konnte er dort doch lediglich eine leicht eingeschränkte Dorsalextension beobachten. Überdies beschrieb Dr. H.____ nicht, welcher Art die ausgeführten Kompensationsbewegungen sein sollen und auf welche Weise sich diese negativ hätten auf die Schulter auswirken können.

3.3. Dr. K.____, dessen Verdacht auf eine SLAP-Läsion sich im Arthro-MRI nicht bestätigt hat, geht in seiner Berichterstattung davon aus, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls im Herbst 2007 erneut ein Trauma an der rechten Schulter erlitten hat. Zu den bereits auf den Röntgenbildern aus dem Jahr 2004 sichtbaren degenerativen Veränderungen gab er keinen Kommentar ab.

3.3. Die Beschwerdeführerin erlitt in den Jahren 2001 und 2004 zwei Unfälle, bei welcher sie sich eine Schulterkontusion zuzog (Erw. 2.1 - 2.2). In beiden Fällen konnte die Behandlung nach kurzer Zeit abgeschlossen werden, und entsprechende Brückensymptome wurden weder glaubhaft geltend gemacht noch durch entsprechende medizinische Befunde und Diagnosen belegt.

3.4. Nach dem Dargelegten sind die Beschwerden im rechten Schultergelenk der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Unfallereignis im September 2007 zurückzuführen und sind weder als Spätfolgen oder Rückfall auf die Unfallereignisse in den Jahren 2001 und 2004 zu qualifizieren. Damit entfällt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

E. 4

4.1. Was die Beschwerden am rechten Handgelenk betrifft, führte das MRI vom 23. Januar 2008 (Bericht vom 25. Januar 2008, Urk. 9/17) ein radiopalmes Ganglion und eine leichte Strukturauflockerung des SL-Bandes ohne Nachweis einer Ruptur zutage. Spezialärztliche Untersuchungen wurden vom behandelnden Arzt Dr. E.____ lediglich die rechte Schulter betreffend, nicht aber aufgrund des schmerzenden Handgelenks angeordnet,

was darauf schliessen lässt, dass die Handgelenksproblematik in den Hintergrund getreten war. Erst während des Einspracheverfahrens liess die Beschwerdeführerin den Bericht von PD Dr. M. ___ (Erw. 2.9) ins Recht legen. Dieser erwog allgemein, dass traumatische Ereignisse im Sinne von direkten Prellungen oder indirekten Zerrungen eine Hauptursache für Handgelenksganglien darstellten. Bezogen auf die Beschwerdeführerin ging er davon aus, dass die Entstehung des Ganglions dann wahrscheinlich sei, wenn die Patientin die Neubildung nach einem adäquaten Trauma mit Entwicklung einer Schmerzhaftigkeit beschreibe, wie dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, welche vor dem Unfall im September 2007 keine Handgelenksschmerzen gehabt habe. Weitere Hinweise, die auf einen Zusammenhang mit dem Unfall hindeuten, fand er nicht, verneinte indessen einen Zusammenhang mit den von ihm beobachteten diskreten Zeichen einer sogenannten STT-Arthrose (Handwurzelarthrose), ohne dies näher zu begründen. Allerdings bezeichnete auch er die Unfallgenese lediglich als glaubhaft. Damit liegt er mit seiner Einschätzung nahe an derjenigen von Versicherungsmediziner Dr. N. ___ (Erw. 2.10), welcher ein Zusammenhang des Ganglions mit dem Unfallereignis als möglich erachtet. Weder eine glaubhafte Genese noch ein möglicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis reichen für die Annahme der natürlichen Kausalität aus (vgl. Erw. 1.2).

4.2. Angesichts der vorhandenen medizinischen Akten ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin mit Versicherungsmediziner Dr. N. ___ (Erw. 2.10) zum Schluss kommt, dass eine Unfallkausalität der noch vorhandenen Handgelenksbeschwerden zumindest seit dem Entdecken des Handgelenksganglion anlässlich des MRI (Bericht vom 25. Januar 2008) überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal ist. Damit entfällt grundsätzlich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin seit dem 25. Januar 2008 unabhängig davon, wann die Einstellung der Leistung formell verfügt wurde. Die faktische Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin im Februar 2009 ist damit nicht zu beanstanden.

5. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Luzius Hafén
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 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.