

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00120 vom 18. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00120

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00120 du 18 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00120 del 18 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, arbeitete in einem Pensum von 80 % als Hortleiterin (Urk. 9/G001) und war über ihre(n) Arbeitgeber, das Schulamt der Stadt Z.____,

bei der Unfallversicherung Y.____

gegen die Folgen von Unfällen versichert. Bei einem Zusammenstoss auf der Skipiste am 26. Dezember 2009 schlug sie mit dem Kopf auf den Boden auf und zog sich eine Schulterverletzung

zu (Urk. 9/G001, Urk. 9/G009, Urk. 9/M001, Urk. 9/M003), die am Folgetag

operativ versorgt wurde (Urk. 9/M002, Urk. 9/M008). Die Unfallversicherung erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Mit Verfügung vom

E. 1.3

Zunächst ist die Frage näher zu beleuchten, ob die Beschwerdeführerin in Anbetracht der teilweisen Gutheissung der Einsprache überhaupt beschwert und damit im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zur Beschwerdeführung legitimiert ist.

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid dem Standpunkt der Beschwerdeführerin in zwar insoweit beigeplichtet, als in Bezug auf die psychischen Beschwerden der Endzustand noch nicht erreicht sei und festgehalten hat,

eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne zu einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes führen, wenn eine namhafte Besserung auch nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Nach Lage der Akten und aufgrund der Ausführungen der Parteien hat die Beschwerdegegnerin trotz teilweiser Gutheissung der Einsprache (n) keine weiteren Leistungen zugesprochen. Dispositiv-Ziffer 1 des Einspracheentscheids

lautet (Urk. 2 S. 7): „Ihre Einsprache vom 4. November 2011 wird teilweise gutgeheissen (betr. psych. Zustand), hinsichtlich der Schulter- sowie der zervikalen / HWS-Beschwerden wird sie abgewiesen und die Verfügung der Unfallversicherung Y.____ vom 3. Oktober 2011 bestätigt“. Der Entscheid

erschöpft sich mithin in der teilweisen Gutheissung der Einsprache betreffend den psychischen Zustand, ohne dass daran leistungsmässige Folgen geknüpft werden.

Der Vernehmlassung ist diesbezüglich zu entnehmen (Urk. 8 S.

f. unten) , dass die Beschwerdegegnerin keine Leistungen mehr zugeprochen hat, weil sie ihre Leistungspflicht - unabhängig von der weiteren Behandlungsbedürftigkeit der psychischen Beschwerden und damit unbesehen des Erreichens des Endzustandes mangels Adäquanz dieser Beschwerden verneinte.

Damit ist die Beschwerdeführerin zweifelsohne weiterhin beschwert.

Strittig und zu prüfen ist somit im Folgenden , ob der Fallabschluss verfrüht er folgt ist , ob die anhaltenden Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen und wie es sich mit den für die Unfallkausalen Schulterbeschwerden zugesprochenen Dauerleistungen verhält. 2. 2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 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). 2.2

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 , präzisiert in BGE 134 V 109, entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb , 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23

S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E.

10.2 f.). 2.3

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG

e contrario ; BGE 116 V 41 E. 2c).

Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes im genannten Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts U 291/06 vom 4. März 2008 E. 4.2). Sodann gilt, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1 mit Hinweisen).

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die Adäquanz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine Besserung erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts U

246/03 vom 22. Februar 2004 E. 2.4). Dabei wird bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule (BGE 117 V 359) und Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369) für die Adäquanzprüfung nicht zwischen somatischen und psychischen Gesundheitsschäden differenziert. Wo es hingegen nicht um solche Traumen geht und die physischen und psychischen Leiden eindeutig auseinanderzuhalten sind, ist die genannte Rechtsprechung nicht anwendbar und muss die Adäquanzprüfung nach Abschluss der somatischen Behandlung vorgenommen werden können (Urteil des Bundesgerichts U 98/06 vom 5. April 2007 E. 3.1).

Die bei der Adäquanzprüfung psychischer Unfallfolgen einzig zu berücksichtigen den physischen Komponenten lassen sich im Zeitpunkt, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann, zuverlässig beurteilen (BGE 134 V 109 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_465/2011 vom 7. September 2011 E. 5.1 und 8C_76/2008 vom 15. Januar 2009 E. 7 in fine). 3.

E. 3

Oktober 2011 verneinte sie den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden psychischen Beschwerden und dem erlittenen Unfall und stellte die bisher erbrachten Leistungen per 25. Juli 2011 ein; in Bezug auf die Schulterbeschwerden bejahte sie die Unfallkausalität und sprach eine Integritätsentschädigung entsprechend einem Integritätsschaden von

E. 3.1

Beim Unfall auf der Skipiste vom 26. Dezember 2009 wurde die Beschwerdeführerin nach eigener Darstellung in der Unfallmeldung von einem anderen Skifahrer von hinten angefahren, was zu einem starken Aufprall an ihre linke Schulter führte; sie flog durch die Luft und prallte mit dem Hinterkopf zweimal auf den Boden auf (Urk. 9/G009).

Nach dem Ereignis war die Beschwerdeführerin bis am 31. Dezember 2009 im Gesundheitszentrum D.____ hospitalisiert (vgl. Urk. 9/M003). Bei der Einlieferung ins Spital wurde gemäss Bericht vom 12. Februar 2010 - ohne weitere klinische Befunde - eine Luxation des linken AC-Gelenks diagnostiziert mit Kompletttraktur der gesamten schulterstabilisierenden Bandstrukturen (Tosy III; Urk. 9/M001). Im Operationsbericht über die Stabilisierung des Schultergelenkes vom 27. Dezember 2009 (Reposition des AC-Gelenks, transitorische Arthrodesese, Zuggurtung, Augmentation des ausgerissenen Korakoclaviculärbandes) wurde als Diagnose überdies eine Zerrung der paravertebralen Nackenmuskulatur genannt (Urk. 9/M002). Das Computertomogramm (CT) der Halswirbelsäule (HWS) vom 28. Dezember 2009 zeigte degenerative Veränderungen (Urk. 9/M003 S. 2 oben und S.

4). Folglich wurde n

am 18. Januar 2010 als Diagnosen die AC-Gelenksprengung, degenerative Veränderungen der HWS und eine HWS-Distorsion genannt (Urk. 9/M003 S. 1).

E. 3.2

und E. 3.4) als auch durch PD Dr. K.____ (vorstehend E. 3.5) schon bald nach dem Unfall keinem objektiven Korrelat mehr zugeordnet werden. 6.5

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. 6.6

Aus der ärztlichen Behandlung und den Dauerschmerzen - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind - darf nicht auf einen

schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile des Bundesgerichts 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.7 und 8C_623/2007 vom 22.

August 2008 E. 8.6). Solche Gründe bestehen hier nach Lage der Akten nicht, namentlich sind keine Komplikationen ersichtlich. Wenn auch die Drähte am 13. Januar 2010 vorzeitig entfernt werden mussten (vgl. vorstehend E. 3.2), kann dieser Eingriff nicht als erhebliche Komplikation betrachtet werden, da er früher oder später ohnehin hätte erfolgen müssen. Die Problematik ergibt sich eher aus den durchgeführten Abklärungen und aus der entwickelten psychischen Störung, die bei der Prüfung der Adäquanz unberücksichtigt zu bleiben hat. 6.7

Zu Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung (Urk. 9/M050 S. 34 Ziff. 5.4) allein von Seiten des Bewegungsapparates in ihrer angestammten Tätigkeit, die den wegen der Schulter zu berücksichtigenden Einschränkungen Rechnung trägt, uneingeschränkt arbeitsfähig war (vorstehend E. 3.9). Damit stimmt die Einschätzung von Dr. H.____ vom 21. Oktober 2010 überein (vorstehend E. 3.7), während PD Dr. K.____ zwar von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging, diese jedoch zur Hauptsache denn hier nicht massgeblichen psychischen Leiden zuschrieb (vorstehend E.

3.5). Da PD Dr. K.____ nicht unterschied zwischen der somatisch und der psychisch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, vermag er die übrigen Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen.

In Anbetracht der bereits ab 21. Oktober 2010 attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit ist dieses Kriterium nicht erfüllt. 6.8

Damit steht fest, dass keines der massgeblichen Kriterien vorliegt.

Damit sind die Kriterien nicht in der erforderlichen gehäuften Weise gegeben, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 26. Dezember 2009 und den über den 25. Juli 2011 hinaus geltenden, organisch nicht im Sinne der Rechtsprechung hinreichend nachweisbaren sowie der psychischen Beschwerden zu verneinen ist.

Festzuhalten bleibt, dass die Beschwerdegegnerin mit dem Dahinfallen des adäquaten Kausalzusammenhangs der psychischen Beschwerden hierfür keine Leistungspflicht mehr trifft. Es muss daher mit der Verneinung eines weiteren Leistungsanspruches sein Bewenden haben, auch wenn die Beschwerdegegnerin in den Erwägungen des angefochtenen Entscheids hinsichtlich der psychischen Beschwerden den Endzustand als nicht erreicht betrachtet. Da mit dem angefochtenen Entscheid jedoch trotz der teilweisen Gutheissung der Einsprache keine Leistungen mehr gewährt worden sind, führt die Verneinung der Adäquanz im vorliegenden Urteil und somit die abschliessende Verneinung einer Leistungspflicht auch zu keiner

reformatio in peius. 6.9

In Anbetracht der Adäquanzprüfung nach der Psychopraxis geht auch die Rüge der Beschwerdeführerin bezüglich der verfrühten Adäquanzprüfung fehl. Denn nach dem vorstehend unter E. 2.2 Ausgeführten ist bei psychischen Unfallfolgen die Adäquanz zu prüfen, wenn von der Fortsetzung der Behandlung der somatischen Leiden keine Besserung mehr zu erwarten ist.

In Bezug auf die Schulterbeschwerden war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Endzustand erreicht (vgl. vorstehend E. 4.2), womit sich der angefochtene Entscheid hinsichtlich des Zeitpunkts der Adäquanzprüfung als korrekt erweist. 7. 7.1

Zu prüfen bleibt, ob die für die unfallkausalen Schulterbeschwerden zugesprochene Integritätsentschädigung sowie die entsprechende Invaliditätsbemessung rechtens sind. 7. 2

Ist eine versicherte Person infolge des Unfalles mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 7. 3

Die Beschwerdegegnerin ging verfügungsweise von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit aus und verneinte demzufolge einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 9/G097). Dies ist nach dem vorstehend unter E. 6.7 Ausgeführten nicht zu beanstanden. Mangels eines Erwerbsausfalles erweist sich die

Verneinung des Rentenanspruches als korrekt. 8. 8.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie je doch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 8. 2

Die Integritätsentschädigung ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung des Rheumatologen der MEDAS. Dieser bezifferte den Integritätsschaden aus somatischer Sicht ausgehend von der Tabelle 1 „Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten“ auf 5 %; dies mit der Begründung, die linke, dominante obere Extremität sei in ihrer Funktion hinsichtlich seitlicher Abduktion leicht bis höchstens mittelgradig eingeschränkt. Die Verletzung betreffe die linke, dominante obere Extremität; deren seitliche Abduktion sei leicht- bis höchstens mässiggradig in der Funktion eingeschränkt (Urk. 9/M050 S.

37 und S.

57). Zur Funktionseinschränkung führte der Gutachter aus, im Bereich der linken Schulter bestehe eine Restinstabilität des AC-Gelecks mit starker Druckdolenz und Schmerzprovokation durch Armmanöver mit dem linken Arm über der Schulterhorizontalen und durch den sogenannten Cross body -Test (Horizontaladduktion

des Armes in 90°-Elevation). Seitens der linken Schulter bestehe eine Minderbelastbarkeit für schwere körperliche Arbeit mit dem

linken Arm wie auch Arbeitspositionen mit dem linken Arm an beziehungsweise über der Schulterhorizontalen; funktionell bestehe eine Einschränkung hinsichtlich Verrichtungen an bzw. über der Schulterhorizontalen und eine schmerzhaft eingeschränkte seitliche Abduktion bei problemlos durchführbarem Nacken- und Schürzengriff (Urk. 9/M050 S. 51-52). Beim Gelenkstatus beschrieb der Rheumatologe einen massiv positiven Cross body-Test links, eine maximale Antelevation

von 170° mit Endphasenschmerzen sowie eine seitliche Abduktion von maximal 135° mit Endphasenschmerzen (Urk. 9/M050 S. 44). 8.3

Massgebend zur Schätzung des Integritätsschadens ist die Feinrastertabelle 1.2, Integritätsschädigung gemäss UVG. Bei einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen liegt der Referenzwert bei 15%. Bei einer Beweglichkeit 30° über die Horizontale hinaus (120°) liegt der Referenzwert bei 10%.

Die Schulterbeweglichkeit der Beschwerdeführerin liegt noch über den von der Tabelle auf 120° bezifferten Einschränkung. Auch wenn in den Tabellen nicht zwischen den Einschränkungen der dominanten und adominanten Hand unterschieden und die anhaltende Instabilität auch nicht besonders betrachtet wird, liegt die vom Gutachter auf 5% festgesetzte Einbusse im Bereich des ihm zu stehenden Ermessens und ist daher nicht zu beanstanden. 8.4

Zusammenfassend erweist die Leistungen per 25. Juli 2011 als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Unfallversicherung Y.____ - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub/Sonderegger

E. 3.3

Dr. H.____, FMH Physikalische Medizin/Rehabilitation,

Vertrauensärztin der Pensionskasse I.____, hielt am 23. März 2010 die geschilderten Beschwerden für multifaktoriell, wobei die eindrücklich verspannte Muskulatur im Vorder

grund stehe. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Schmerz gefangen. Dr. H.____ empfahl einen stationären Aufenthalt (Urk. 9/M013 Ziff. 3) sowie - bei unklarer Arbeitsunfähigkeit - den stundenweisen Einsatz im Hort, und zwar bei der Hausaufgabenbetreuung oder dem Spiel mit grösseren Kindern (Urk. 9/M013 Zusammenfassung).

E. 3.4

Vom 17. Mai bis 12. Juni 2010 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Therapie des Nacken-/Schulter-/Armsyndroms im Spital J.____, Rheumatologie, auf, worüber am 17. und am 23. Juni 2010

berichtet wurde (Urk. 9/M021, Urk. 9/M025). In diesen Berichten wurde die Symptomatik im Rahmen einer deutlichen Schmerzausbreitung gesehen. Eine Infiltration habe nur kurzzeitig zu einer Schmerzreduktion geführt. Der Psychiater habe eine psychosomatische Komponente als ursächlich erachtet, weshalb eine stationäre Therapie in einer psychosozialen Schmerzambulanz empfohlen wurde.

E. 3.5

PD Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie

in der Klinik L.____, untersuchte die Beschwerdeführerin am 21. Juni 2010 zur Abgabe der erbetenen Zweitmeinung. Er erhob keine Anzeichen für eine psychosomatische Überlagerung. Angesichts der geklagten Beschwerden legte er eine Revisionsoperation nahe (Urk. 9/M028-29).

Der konsiliarisch beigezogene Neurologe

Dr. med. M.____, nannte nach seiner elektrodiagnostischen Untersuchung vom 18. August 2010 (Urk. 9/M035) am 1. September 2010 (Urk. 9/M036) ein komplexes Schmerzsyndrom, das er aus neurologischer Sicht nur teilweise erklären könne. Die Schulterschmerzen seien zum kleinsten Teil neurogen bedingt. Klinisch fänden sich keine Zeichen einer akuten Reizung oder einer neurogenen Läsion (S. 2 unten). Der Befund der HWS sei sicher pathologisch, aber asymptomatisch. Die Gesamtsituation sah er im Rahmen einer vegetativen Dystonie (S. 3).

PD Dr. K.____ hielt daraufhin im Bericht vom 21. September 2010 fest, aus orthopädischer Sicht seien die diffusen Symptome im Bereich der linken Schulter nicht einer strukturellen Läsion zuzuordnen. Die psychische Situation spiele eine bedeutende Rolle, weshalb eine stationäre Rehabilitation in der Höhenklinik N.____ angezeigt sei. Die psychische Situation sei der Hauptgrund der Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M039).

E. 3.6

Die behandelnde Psychiaterin Dr. G.____

wiederholte am 23. September 2010 im Wesentlichen die von ihr bereits gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.2 in fine). Die Beschwerdeführerin sei enttäuscht über die negativen Befunde der somatischen Abklärungen und deutlicher depressiv, aber etwas ruhiger. An eine Wiederaufnahme der Arbeit im Hort könne nicht gedacht werden. Bei einer Verschlechterung des Zustandes wäre ein Aufenthalt in der Höhenklinik N.____ indiziert (Urk. 9/M037-038).

E. 3.7

) attestierte der Psychiater in der ange stammten Tätigkeit eine zeitlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, aber eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit . In einer Verweistätigkeit ohne Führungsverantwortung hielt er die Beschwerdeführerin wegen der Antriebsstörungen, der Verlangsamung und erhöhten Müdigkeit im Ausmass von 30 % für eingeschränkt. Die weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung hielt der Gutachter für dringend indiziert (S. 79). Bei einer fachgerechten Behandlung sei noch mit einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitsschadens zu rechnen , weshalb der psychiatrische Integritätsschaden noch nicht beurteilt werden könne (S. 80).

E. 3.8

Am 24. März 2011 berichtete nochmals der Neurologe Dr. M.____

(Urk. 9/M047/15) . Er sprach von einer Verbesserung in psychiatrischer Hinsicht nach dem Aufenthalt in der Klinik N.____ - worüber nichts Weiteres aktenkundig ist , wohl weil hierfür der Krankenversicherer aufkam (Urk. 9/G057)

, aber von Seiten der Schmerzen lägen unveränderte Verhältnisse vor . Ein Untersuchung der Nervus

suprascapularis habe eine leichte Druckneuropathie ergeben. Er äusserte einen Verdacht auf ein mechanisches Problem, das orthopädisch weiter abzuklären sei.

PD Dr. K.____

schrrieb

im Bericht vom 25. Mai 2011 die Schmerzursache sicherlich dem linken AC-Gelenk und wahrscheinlich auch dem

Nervus

suprascapularis zu . Wie schon früher (vorstehend E. 3.5) sah er als einzige therapeutische Option eine nochmalige operative Stabilisation des AC Gelenks. In diesem Zustand sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig (Urk. 9/M046).

Dr. med. P.____ , Neurologie FMH, erhob gemäss Bericht vom 16. Juni 2011 weder relevante fokale Ausfälle noch sichere Hinweise für eine neuropathische und radikuläre Schmerzursache. Die diskutierte (Teil-)Läsion des Nervus

suprascapularis sei ein kleiner Nebenschauplatz und erkläre die vorliegenden Beschwerden nicht. Aufgrund seines klinischen Eindrucks und des bisherigen Verlaufes handle es sich am ehesten um ein somatoformes Krankheitsbild (Urk. 9/M049 S. 2).

E. 3.9

Am 25. Juli 2011 erstatteten die Gutachter der MEDAS A.____ die auf Veranlassung der Beschwerdeführerin verfasste Expertise (Urk. 9/M050). Ge stützt auf die Vorakten (S. 1-

E. 3.10

PD Dr. K.____ berichtete am 6. Februar 2012 erneut von den persistierenden Beschwerden im Schulterbereich. Die angegebenen Beschwerden seien mit den Befunden vereinbar und glaubhaft. Die Schulterbeschwerden seien mit über wiegender Wahrscheinlichkeit oder gar sicher auf den Unfall zurückzuführen. Daneben bestehe eine psychische Komponente. Die Beschwerdeführerin wünsche nunmehr eine Revisionsoperation (Urk. 9/M052).

Diese führte PD Dr. K.____ am 14. Juni 2012 durch. Dabei erhob er unter anderem eine völlig instabile Clavicula (Urk. 12). 4. 4.1

Unter den Parteien ist unbestritten und aufgrund der dargelegten , insoweit übereinstimmenden medizinischen Aktenlage auch ausgewiesen , dass die wei ter hin bestehenden Schulterbeschwerden in natürlichem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfallereignis stehen.

Strittig ist hingegen, ob hinsichtlich der Schulterverletzung bereits der Endzu stand erreicht ist, was die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die nach der Leistungseinstellung am 14. Juni 2012 erfolgte Revisionsoperation (vgl. Urk. 12) verneinte. 4.2

In der Gesamtbeurteilung nannten die MEDAS-Gutachter hinsichtlich der Schulter beschwerden keine Heilbehandlungen mehr, welche eine gesundheitli che Ver besserung zu zeitigen vermöchten (Urk. 9/M050 S. 33). Der Rheumato loge hielt fest, aus konservativ-therapeutischer Sicht sei der Endzustand erreicht und mit einer Verbesserung der Belastbarkeit der linken Schulter könne nicht mehr ge rechnet werden. Ob ein operativer Eingriff eine Besserung bringe , hielt der Teilgutachter für s pekulativ und konnte dies von seinem Fachgebiet her nicht seriös beantworten (Urk. 9/M050 S. 51-53). Die begutachtende Neurologin ver neinte eine weitere Behandlungsbedürftigkeit (Urk. 9/M050 S. 67).

A n dieser umfassenden gutachterlichen Einschätzung vermag die Schulteroperation vom 14. Juni 2012 nichts zu ändern. Dabei fällt ins Gewicht, dass vor diesem Eingriff weder die Ärzte der Klinik F.____ noch jene des Spitals J.____ eine Verbesserung der somatischen Beschwerden durch weitere Behandlungen pos tu lierten, sondern v ielmehr eine Schmerzmedikation und psychotherapeutische Behandlungen als indiziert erachteten. PD Dr. K.____

zog erstmals am 21. Juni 201 0 eine Revisionsoperation in Betracht (Urk. 9/M028), wobei er selbst am 29.

Juni 2010 die Prognose einerseits als gemischt bezeichnete und andererseits eine signifikante Verbesserung des Zustands lediglich für möglich hielt (Urk. 9/M029 S.

2). In Anbetracht der psychischen Situation räumte er am 20.

Sep tember 2010 der psychotherapeutischen und konservativen Behandlung den Vorrang ein und sah wenigstens einstweilen von einer Operation ab, weil er eine spontane Beschwerdebesserung nicht ausschloss (Urk.

9/M039). Damit über einstimmend ging die Vertrauens ärztin Dr. H.____

davon aus, dass die Be schwerdeführerin schwergewichtig noch psychotherapeutisch zu behandeln sei (Urk. 9/M042). PD Dr. K.____ nahm nach der Verbesserung des psy chi schen Gesundheitszustandes erstmals am 25. Mai 2011 wieder eine mögliche Operation in Aussicht ; dabei hielt er angesichts der Symptome und der Diag nos e die Prognose für nicht sicher voraussehbar (Urk. 9/M046 S. 2).

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin kann in Anbetracht dieser Aktenlage al lein wegen der anlässlich der Operation vom 14. Juni 2012 erhobe nen Schulterinstabilität nicht auf die Notwendigkeit weiterer Heilbehandlungen geschlossen werden, zumal die entsprechende Beurteilung stets prognostisch zu erfolgen hat (vgl. vorstehend E. 2.1) .

PD Dr. K.____ erblickte zwar in der Revisionsoperation die einzige Möglichkeit der Beschwerdeverbesserung , doch

vermochte auch er dadurch

keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des respektive der Arbeitsfähigkeit vorauszusagen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Schulterbeschwerden vom im Zeitpunkt der Begutachtung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreichenden Endzustand ausging. 4. 3

Fraglich und zu prüfen bleibt , wie es sich hinsichtlich der Unfallkausalität in Bezug auf die weiteren Beschwerden verhält.

Dabei sind zunächst der Kopfaufprall und die HWS-Beschwerden näher zu beleuchten. 4. 4

Die Beschwerdeführerin legte im Frageblatt am 14. Januar 2010 dar, sie sei nach einem starken Aufprall an die linke Schulter durch die Luft geflogen und mit dem Hinterkopf zweimal auf den Boden aufgeprallt, bevor sie liegen geblieben sei (Urk. 9/G009) . In den Berichten des Gesundheitszentrums D.____

ist zwar von teilweise starken Beschwerden im Bereich der HWS beziehungsweise der Nackenmuskulatur die Rede, doch zeigte das CT vom 28. Dezember 2009 ausser degenerativen Veränderungen nur Luft in den zervikalen Weichteilen, was mit einem Hämatom respektive einer Weichteilverletzung vereinbar sei, aber

keinen Hinweis auf eine frische Fraktur ergebe (Urk. 9/M003 S.

1 und S.

4). In den nachfolgenden Berichten der Klinik F.____ ist nur noch - aber immerhin - von ausgeprägten Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich die Rede (Urk. 9/M 008-013)

Die Nackenbeschwerden sind nicht auf das Unfallereignis, sondern auf die im CT ersichtlichen erheblichen degenerativen Vorzustände (vgl. vorstehend E. 3.1) zurückzuführen, wie der medizinischen Aktenlage übereinstimmend zu entnehmen ist. So beschrieben die Ärzte des Gesundheitszentrums D.____

(Urk. 9/M003 S. 3- 4) degenerative Veränderungen in der HWS. Dr. E.____ von der Klinik F.____ vermochte (nicht nur) die HWS-Beschwerden keinem organischen Korrelat zuzuordnen (E. 3.2) und die Ärzte des Spitals J.____

sahen die Symptomatik im Rahmen einer deutlichen Schmerzausbreitung (Urk.

9/M021 S. 2 unten) ; der Neurologe Dr. M.____ erachtete den Befund an der HWS sogar für sicher pathologisch (Urk. 9/ M 0 36) . Damit gibt der Schluss der Beschwerdegegnerin , welcher im Einklang mit jenem der MEDAS-Gutachter (vgl. vorstehend E. 3.9) steht ,

die Nacken- und HWS-Beschwerden seien nur möglicherweise durch den Unfall begründet, zu keinen Beanstandungen Anlass.

Aber selbst wenn die natürliche Kausalität zu bejahen und von organisch nicht nachweisbaren Nackenbeschwerden auszugehen wäre, fiel die Prüfung von deren Adäquanz nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nur dann in Betracht , wenn eine Distorsion der HWS oder eine ähnliche Verletzung, insbesondere ein Schädel-Hirn-Trauma diagnostiziert worden wäre und das für solche Verletzungen typische bunte Beschwerdebild

bild vorläge (BGE

134 V 109 E. 6.2.1). Daran gebriht vorliegend die Adäquanztprüfung nach der Schleudertraumapraxis zwei fel los , denn ein Schädelhirntrauma oder eine andere unfallbedingte organische Schä digung der HWS lassen sich nicht objektivieren und allein die anam nes ti sche Feststellung einer Distorsion der HWS im Bericht des Gesundheitszentrum s

D.____ (Urk. 9/M003) genügt nicht zur Anwendung der Schleudertraumapraxis . Wenn auch nicht von der Hand zu weisen ist , dass die Beschwer de führerin beim Sturz den Kopf angeschlagen hat, finden sich in den medizini schen Akten keine Hinweise - beispielsweise mittels Glasgow- Coma -Skala erho bene Befunde - für eine Commotio oder gar Contusio cerebri. Vielmehr wurde von den erstbehandelnden Ärzten eine mit einem Hämatom vergleichbare Ver letzung im Bereich der HWS genannt. Rechtsprechungsgemäss genügt eine leichte Commotio cerebri

von vornherein nicht zur Annahme eines Schädel-Hirntraumas (als äqui valente Verletzung) mit Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundes gerichts U 285/05 vom 2 2. März 2006 E. 3.2.1 mit Hinweis), ebenso wie ein einfacher Kopfanprall, wie er hier vorliegt.

Zudem kann hier j edenfalls nicht von einem im Sinne der Rechtsprechung diffu sen Beschwerdebild gesprochen werden. So schilderte der Gutachter Dr. Q.____ kurz vor der Leistungseinstellung noch Antriebsstörungen, Verlangsamung und erhöhte Müdigkeit (Urk. 9/M050/79) , doch liegen die übri gen,

das bunte Beschwerdebild üblicherweise prägenden Störungen wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Visusstörungen , Reizbarkeit, Affektlabilität, Wesensveränderung unstreitig nicht vor (BGE 134 V 109 E. 6.2.1).

Wenn auch die zur Distorsion der HWS oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen teilweise gegeben sind , treten sie vorliegend zweifelsohne im Vergleich zu r ausgeprägten psychischen Problematik ganz in den Hintergrund . Damit fällt die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ausser Betracht, und es ist für die Adäquanztprüfung nach der Rechtsprechung und den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen vorzugehen, die allein auf dem Aus mass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen ba siere n (BGE 127 V 103 E. 5b/ bb , 123 V 99 E. 2a). 5.

E. 5

% zu, verneinte indes einen Rentenanspruch und die Übernahme weiterer Heil behandlungskosten (Urk. 9/ G097).

Dagegen erhob der zuständige Krankenversicherer am 1 2. Oktober 2011 Ein sprache, die er am 24. Oktober 2011 ergänzte (Urk. 9/J001, Urk. 9/J003). Die Ver sicherte erhob am 4. November 2011 - mit Ergänzung vom 16. März 2012

—

Ein sprache (Urk. 9/J005, Urk. 9/J007).

Mit Einspracheentscheid en vom 23. April 2012 hiess die Unfallversicherung einer seits die Einsprache des Krankenversicherers gut , da in Bezug auf die psy chischen Beschwerden der Endzustand noch nicht erreicht und deshalb der Fallabschluss später zu beurteilen sei , und andererseits wies sie die Einsprache der Versicherten in Bezug auf die Schulter- und HWS-Beschwerden ab (Urk. 9/J009-010 ; vgl. auch Aktennotiz vom 29. März 2012 , Urk. 9/J008). 2.

Geg en den Einspracheentscheid vom 23. April 2012 (Urk. 2) erhob die Versi cher te mit Eingabe vom 25. Mai 2012 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Ver sicherungsleistungen zu erbringen und weiterhin Taggelder und Heilungskosten auszurichten; eventualiter sei eine Invalidenrente von 100 % und eine Integritätsentschädigung von mindestens 50 % zu gewähren oder eine polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom

E. 5.1

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Ding e und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Ge sundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergange ne n Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psy chische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut ver kraften 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 133 E. 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 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinwei sen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorge nommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Un fälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 5.2

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Un falles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Um stände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Un falls; - 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; - schwieriger

Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S.

207 ff.; 1999 Nr. U 330 S.

122 ff.; SVR 1996 UV Nr.

58). An der seits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlag gebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zurück zu gehenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 200 1 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 5 .3

Die Beschwerdegegnerin ging in der dem angefochtenen Entscheid zu Grunde liegenden Verfügung davon aus, der Skiunfall sei als leichtes (banales) Ereignis zu betrachten (Urk. 9/G097 S. 4), während die Beschwerdeführerin einspracheweise und ohne weitere Begründung die Einordnung als Unfall im mittleren Bereich forderte (Urk. 9/J005 S. 5 unten).

Das Geschehen, bei dem die Beschwerdeführerin von hinten von einem anderen Skifahrer angefahren wurde, stürzte und mit dem Kopf auf den Boden schlug, kann nicht mehr den banalen Ereignissen zugeordnet werden. Als solche qualifizierte das Bundesgericht ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes oder das Über treten , einen gewöhnlichen Sturz oder ein Ausrutschen (beide in BGE

115 V 133 E. 6a) oder einen Sturz auf der Treppe (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2009 vom 28. September 2009) . Als hingegen eine Velofahrerin von einer Rollschuhfahrerin gerammt wurde und auf die rechte Schulter fiel, ging das Bundesgericht von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten aus (Urteil des Bundesgerichts U 59/04 vom 9. September 2005 E. 2.3), was auch für das vorliegende Ereignis zu gelten hat.

Damit müssen für die Bejahung der adäquaten Kausalität praxisgemäss - sofern keines in ausgeprägter Form vorhanden ist - mindestens vier Kriterien gegeben sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5). 6 . 6 .1

Es sind weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls ersichtlich. Das Kriterium ist objektiv zu beurteilen und nicht

aufgrund des subjektiven Empfindens der Beschwerdeführerin (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen). Überdies ist zu beachten, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Ein drücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Anders als beim Skifahrer, welcher kopfüber mit einem Baum kollidierte (Urteil des Bundesgerichts 8C_42/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 5.3), ist beim streitgegenständlichen, relativ alltäglichen Ereignis das Kriterium nicht erfüllt. 6.2

Zur Bejahung des Kriteriums

der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen

bedarf es entweder einer besonderen Schwere der Verletzung oder besonderer Umstände. Der Schulterverletzung, die sich die Beschwerdeführerin beim Unfall zugezogen hat, kann zwar eine gewisse Schwere nicht abgesprochen werden. Doch ist sie erfahrungsgemäss kaum geeignet, eine depressive Entwicklung oder eine Anpassungsstörung auszulösen. Das Kriterium ist deshalb

nicht erfüllt. 6.3

Anhaltspunkte für eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen, worunter auch die von der Beschwerdeführerin eingeholte Zweitmeinung mit Konsiliarberichten

zu begreifen sind, können hier gleich wie blosser ärztliche Kontrollen nicht berücksichtigt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3).

Die Beschwerdeführerin musste zwar kurz nach dem Unfallereignis an der Schulter zweimal operativ versorgt werden. Sie war sodann zur Schmerzbehandlung im Spital J.____ und zur Behandlung der psychischen Beschwerden in der Höhenklinik N.____ hospitalisiert. Hernach unterzog sie sich nebst der medikamentösen Schmerzbehandlung vor allem psycho- und physiotherapeutischer Behandlung

(vgl.

Urk. 9/G075). Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht, zumal auch für das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010

E. 4.6). 6.4

Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann nicht als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin klagte wohl durchwegs über Schulter- und über Nackenschmerzen, doch konnten diese sowohl durch die Ärzte der Klinik F.____ und des Spitals J.____ (vorstehend E.

E. 9

Juli 2012 schloss die Unfallversicherung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), wovon der Beschwerdeführerin am 12. Juli 2012 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 10).

Letztere nahm u.a. aufgefordert am 31. Juli 2012 nochmals Stellung (Urk. 11), wozu sich die Beschwerdeführerin am 29. August 2012 äusserte (Urk. 15). Dies wurde der

Gegenpartei am

E. 11

Dezember 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 16

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1. 1 .1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass auf das von ihr veranlasste polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 25. Juli 2012 (Urk. 9/M050) abzustellen sei. Es sei einerseits zwischen den HWS- und den Schulterbeschwerden und andererseits zwischen der psychischen Problematik zu unterscheiden (S. 4 oben). Eine Vielzahl der geklagten Beschwerden sei nicht objektivierbar. Hinsichtlich der Schulter könne der Zustand nicht mehr relevant verbessert werden, weshalb der Endzustand erreicht sei. Die verbliebenen Schulterbeschwerden seien unfallkausal (S. 5 oben); die Nacken- und HWS-Beschwerden seien nur möglicherweise auf den Unfall zu rückzuführen (S. 4 unten). Während die Beschwerdegegnerin verfügungsweise die

Adäquanz der verbliebenen psychischen Beschwerden noch verneint hatte (Urk. 9/G097) , hielt sie im Einspracheentscheid in Übereinstimmung mit den MEDAS-Gutachtern die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für ausgewiesen , ebenso wie die Besserung des Gesundheitszustandes bei Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden

sei der Endzustand noch nicht erreicht , so dass diesbezüglich der Fallabschluss zu einem späteren Zeitpunkt zu beurteilen sei (S.

5 f.). Der Integritätsschaden für die Schulterverletzung sei mit MEDAS-Gutachter Dr. B.____ auf 5 % festzusetzen. Die MEDAS-Gutachter hätten der Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer leidens angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert , weshalb ein Invaliditätsgrad von 0 % resultiere (S. 6).

In der Vernehmlassung (Urk. 8) ergänzte die Beschwerdegegnerin, die Unterscheidung von somatischen und psychischen Beschwerden sei durchaus üblich und letztere seien auch erst verzögert aktenkundig geworden. Eine Aufteilung mache Sinn, weil andernfalls die Kausalitätsbeurteilung gar nicht möglich wäre (S. 3). Im angefochtenen Einspracheentscheid habe sie zwar akzeptiert, dass der Endzustand hinsichtlich der psychischen Beschwerden noch nicht erreicht sei. Gemäss den MEDAS-Gutachtern könne eine weitere psychiatrische Behandlung zwar zu einer wesentlichen Gesundheitsverbesserung führen, eine namhafte Verbesserung sei jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Adäquanz wäre - wie bereits aus der Verfügung vom 3. Oktober 2011 erhelle - zu verneinen (S. 4 f.). Weiter führte sie aus, die Frage nach einer allfälligen richtunggebenden Verschlimmerung bzw. einem Status quo sine vel ante hinsichtlich der psychischen Beschwerden werde sie „bei Zeiten“ vornehmen (S. 5 unten). 1 .2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das Beschwerdebild könne nach der relativ kurzen Zeit seit dem Unfall nicht in somatische und psychische Anteile zerfallen. Betreffend die Nacken /HWS-Beschwerden sei die Kausalitätsbeurteilung nicht überzeugend. Es könne auch nicht

sein, psychische Unfallfolgen anzuerkennen und von einem noch nicht erreichten Endzustand auszugehen, aber dennoch die Taggelder einzustellen. Diesfalls dürfe der somatische Anteil auch nicht abgeschlossen werden (S. 5 f.). Zudem sei bezüglich der Schulterbeschwerden der medizinische Endzustand auch noch nicht erreicht (S. 8 f.). In Anbetracht der erheblichen und komplexen Schulterverletzung sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % illusorisch. Der Invaliditätsgrad betrage 50 % und mehr (S. 14). Das MEDAS-Gutachten „schramme“ erheblich an der Wahrheit vorbei und sei nicht nachvollziehbar, weshalb nicht darauf abzustellen sei (S. 14 f.). Schliesslich werde die Integritätsentschädigung von 5 % dem Beschwerdebild in keiner Art und Weise gerecht (S. 15 unten).

Mit Eingabe vom 31. Juli 2012 (Urk. 11) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht über die während des Verfahrens am 14. Juni 2012 im Spital C._____

durchgeführte Operation der linken Schulter zu den Akten (Urk. 12). Dazu legte sie dar, angesichts der im Rahmen der Operation erhobenen Instabilität des Acromio-Claviculär-(AC-)Gelenks seien Schmerzen verursachende somatische Befunde ausgewiesen. Eine instabile Claviculärschulter beschreibe keinen Endzustand und

keine abgeschlossene Heilbehandlung (S. 2). Das MEDAS-Gutachten sei durch die Operationsbefunde widerlegt. Die intraoperativen Befunde zeigten, dass für die geklagten Schmerzen ein organisches Korrelat bestehe (S. 3). Weiter bestritt die Beschwerdeführerin, dass eine Prädisposition zu einer somatoformen Schmerzstörung vorgelegen habe. Der Unfallversicherer sei in Anbetracht des überschnellenden Beschwerdebildes leistungspflichtig (S. 4 f.).

Die Beschwerdegegnerin hielt in der Folge an ihrer Auffassung fest (Urk. 15).

E. 17

) sowie

internistische (S. 24 -26), rheumatologische (S.

40-60), neurologische (S.

61-68) und psychiatrische Untersuchungen (S. 69-82) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 32): -

Residualzustand bei Status nach AC-Gelenksprengung Tossy III links anlässlich des Skiunfalles am 26. Dezember 2009 - Status nach offener Reposition des AC-Gelenks, transitorischer Arthroese, Zuggurtung und Augmentation des Korakoclaviculärbandes am 27. Dezember 2009 - Status nach vorzeitiger Spickdrahtentfernung - Restinstabilität des AC-Gelenks mit radiologisch vertikaler Luxation und mit horizontaler Instabilität Grad II nach Rockwood - mögliche Wurzelreizung vor allem C6 rechts - mögliche leichte, demyelinisierende

Läsion des Nervus

suprascapularis links und Atrophie des Musculus

suprascapularis - zervikospindylgenes Syndrom mit fortgeschrittener Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit schwerer Osteochondrose, deutlicher Spondylarthrose und erheblicher Unkose (richtig wohl :

Unkarthrose) - degenerativ bedingte erhebliche Spinalkanaleinengung C5/6 mit kernspintomographisch erkennbarer, leichter Myelonkompression - degenerativ bedingte Foraminaleinengung vor allem C5/ 6 rechts und etwas weniger C6/7 beidseits - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8)

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden genannt (S. 32): - weitgehend remittierte längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen von verschiedenen Medikamenten mit Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen - sekundäre, iatrogene Opioidabhängigkeit (Tramadol-Hydrochlorid), ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) - Nikotinkonsum (anamnestisch gering) - Status nach Luxation des Kleinfingers rechts im PIP, Versteifung in funktioneller leichter Beugstellung

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe zu einem Pensum von 80 % als Hortleiterin gearbeitet und zu 20 % als Hausfrau. Als einschränkend erachteten sie die psychiatrische Diagnose, wobei sie diesbezüglich auf die Einschätzung des Psychiaters verwiesen. Allein von Seiten des Bewegungsapparates hielten sie körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unter Berücksichtigung folgender Einschränkungen in vollem Umfang für zumutbar (S. 33 und S. 36 Ziff. 6.1-2) : - keine nackenbelastenden Arbeitspositionen mit häufig reklinierter HWS (Überkopfarbeiten) - keine sehr häufige Zwangshaltung der HWS im Sitzen oder Stehen - Minderbelastung der linken Schulter für schwere körperliche Arbeit mit dem linken Arm wie auch für Arbeitspositionen mit dem linken Arm an bzw. über der Schulterhorizontalen

Die angestammte Tätigkeit verlange diese Arbeitspositionen nicht.

Durch medizinische Massnahmen (Physiotherapie für die HWS, Traumatherapie) und Verzicht auf Antidepressiva könne die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich deutlich verbessert werden. Bezüglich der Schulter hielten die Gutachter den Endzustand für erreicht (S. 34 -37).

Zur Kausalität führten die Gutachter mit Blick auf die somatischen Leiden aus, die Schulterbeschwerden könnten nahezu sicher, und die HWS /Nackenbeschwerden möglicherweise dem Unfall zugeordnet werden (S. 34). Hinsichtlich der zervikalen Symptomatik seien prätraumatisch vorhandene Segmentdegenerationen erwähnenswert. Möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich sei, dass diese durch das Unfallereignis aktiviert und richtunggebend verschlimmert wurden (S. 35).

MEDAS- Gutachter Dr. Q.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Teilgutachten (Urk. 9/M050/69-82) aus psychiatrischer Sicht zur Kausalität im Weiteren aus, es handle sich um ein komplexes Zusammenspiel von unfallfremden Faktoren (Unfalltod des Sohnes), Unfallfaktoren und Folgen von Komplikationen und Schwierigkeiten in der Nachbehandlung; letztere seien zumindest sekundär ebenfalls Unfallfolgen. Die remittierte depressive Reaktion und die chronische Schmerzstörung seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, zumindest im Sinne einer Verschlechterung der vorbestehenden komplizierten, protrahierten Trauerreaktion (S. 76-77) . In Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung durch die Vertrauensärztin Dr. O.____ (vorstehend E.

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