

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00136 vom 28. Januar 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00136)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00136 du 28 janvier 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00136 del 28 gennaio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1959, arbeitet bei der Firma Y.\_\_\_\_ als Travel Agent zu einem Pensum von 50 % und ist dadurch bei der CSS Versicherung AG (im Folgenden: CSS) gegen die gesundheitlichen und erwerblichen Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Urk. 7/1).

Am 27. April 2009 fiel beim Herausheben eines Konstruktionsholzes aus einem Regal eine Metallblende aus zirka 2.5 m Höhe auf sie herunter, wodurch sie eine Kontusion des Kiefers und der Schulter beziehungsweise des Oberarms rechts erlitt (vgl. Urk. 7/4). Die CSS trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung und Taggeld.

Mit Verfügung vom 29. August 2009 stellte die CSS die Taggeldleistungen per 18. Juli 2012 ein, sicherte aber die Kosten der Heilbehandlung weiterhin zu (Urk. 7/161). Mit Verfügung vom 16. November 2012 verneinte sie

ausserdem den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. April 2009 und einem im Spital Z.\_\_\_\_

am 1. August 2012 behandelten immobilisierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndrom (Urk. 7/180). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 18. Dezember 2012 Einsprache und ersuchte um Übernahme der Notfallbehandlungskosten (Urk. 7/190).

Mit Verfügung vom 8. Februar 2013 verneinte die CSS einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Schulterbeschwerden rechts und verneinte die Übernahme weiterer Behandlungsmassnahmen (Urk. 7/197). Hier gegen erhob die Versicherte am 12. Februar 2013 Einsprache (Urk. 11/2). Die CSS wies die Einsprachen vom 18. Dezember 2012 und vom 12. Februar 2013 mit Entscheid vom 29. April 2013 ab (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches - im Rahmen des durch die Verfügung beziehungsweise den Einspracheentscheid bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Nach dieser Begriffsumschreibung sind Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand identisch, wenn die Verwaltungsverfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid insgesamt angefochten wird (BGE 125 V 413). Richtet sich die Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid, hat das Gericht, ungeachtet der Vorbringen der beschwerdeführenden Partei, zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungs- oder Feststellungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche

Entscheid in der Sache (Sachentscheid) hat in dieser besonderen verfahrensmässigen Situation den formellen Gesichtspunkt des Nichteintretens durch die untere Instanz zum Gegenstand. Dagegen hat sich das Gericht mit den materiellen Anträgen nicht zu befassen (BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a, SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a).

### **E. 1.2**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, das heisst ausserhalb des durch die Verfügung beziehungsweise durch den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäußert hat (BGE 130 V 501, 122 V 34 E. 2a mit Hinweisen). 2. 2. 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.

### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 29. April 2011

### **E. 3**

(Urk. 2) erhob die Versicherte am 28. Mai 2013 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren (S. 2), dies er sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon ausgehe, die von ihr unter dem 29. August 2012 erlassene Verfügung sei in Rechtskraft erwachsen, und dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids an den Folgen aus dem Ereignis vom 27. April 2009 gelitten habe (Ziff. 1). Demgemäss sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch über den 18. Juli 2012 hinweg Taggeldleistungen zu erbringen, die Kosten einer Operation vom 9. April 2013 und der nachfolgenden Therapien zu übernehmen sowie über die weiteren gesetzlichen Leistungen wie Rente, Integritätsentschädigung und Übernahme von künftigen Therapiekosten neu zu entscheiden ( Ziff. 2 ) .

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 20. August 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 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.

### **E. 6.3**

Dass eine vertiefte Untersuchung des Schultergelenks mit den entsprechenden radiologischen Untersuchungen erst durch Dr. A.\_\_\_\_ stattfand, kann nur soweit teilweise der Beschwerdeführerin angelastet werden, als sie sich weigerte, eine kontrastmittelinduzierte Untersuchung vornehmen zu lassen. Bereits zu Beginn ihrer Leidenszeit aber gingen die Ärzte – und möglicherweise auch die Beschwerdeführerin

selber – davon aus, dass die Beschwerden von der HWS

ausgingen, was sich deutlich im Bericht von Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ (E. 5 .3) niederschlägt, der berichtete, die geschilderten Beschwerden erinnerten an eine HWS-Distorsion, obwohl sich ein typisches Schleudertrauma nicht abgespielt habe. Wohl auch aus diesem Grund hat die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet, auf den notwendigen Schulteruntersuchungen zu beharren und die Beschwerdeführerin auf ihre Mitwirkungspflichten aufmerksam zu machen. Es geht daher nicht an, dass die Beschwerdegegnerin sich nun auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin habe sich zeitnahen Untersuchungen widersetzt ,

weshalb heute nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne , es lägen Unfallfolgen und nicht degenerative Veränderungen der Schulter vor.

#### **E. 6.4**

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Schulterbeschwerden auf den Unfall vom 27. April 2009 zurückzuführen sind. Da auch die Einstellung der Taggelder auf der Überzeugung gründete, die Schulterbeschwerden seien nicht auf strukturelle Läsionen zurückzuführen und seien damit nicht unfallkausal, hat die Beschwerdeführerin über den 18. Juli 2012 hinaus Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen.

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde . 7.

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von

Fr . 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) für bis Ende 2014 angefallenen Aufwand ermessensweise auf Fr.

2' 200 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 29. April 2013 aufgehoben mit der Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, für die Folgen des Unfalls vom 27. April 2009 über den 18. Juli 2012 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - CSS Versicherung AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

## E. 8

ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente ( Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin ( Art. 19 Abs. 1 UVG). 2.2

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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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). 2.3

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 2.4

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, das heisst ohne Bindung an förmliche 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 Vorak ten (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). 3 . 3 . 1

Die Beschwerdeführerin begründete ihren abweisenden Einspracheentscheid (Urk. 2) zusammenfassend damit, dass weder die Beschwerden an der Wirbel säule bis hinunter in das Becken und Ausstrahlung in das rechte Bein noch die Schulterbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 27 . April 2009 stünden. Insoweit die Beschwerdeführerin sinngemäss auch Taggelder geltend mache, seien diese bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % be reits mit Verfügung vom 29. August 2012 per 18. Juli 2012 eingestellt worden. Diese Verfügung sei in Rechtskraft erwachsen. Die Weiterausrichtung von Tag geldern könne daher nicht Gegenstand des Einspracheentscheids sein (vgl. auch Urk. 6) . 3 . 2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein (Urk. 1), es möge streng formal korrekt sein, dass die Verfügung vom 29. August 2012 in Rechts kraft erwachsen , diese Argumentation aber aus rechtlicher Sicht krass rechts missbräuchlich sei , habe doch einerseits die Beschwerdeführerin schon vor Erlass der fraglichen Verfügung klar zum Ausdruck gebracht, dass sie die ent sprechende Entscheidung nicht billige und sei im Nachhinein zum Ausdruck gebracht worden, dass man die Sache erneut überprüfen wolle. Die Beschwerde gegnerin wäre verpflichtet gewesen, das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 6. August 2012 als Einsprache entgegen zu nehmen. Im Übrigen sei auch davon auszugehen, dass sich die Verfügung mit neu gewonnen medizinischen Erkenntnissen als of fensichtlich unrichtig erweise ( Ziff. 2 S. 3 f.).

Das Fazit des Kreisarztes im Bericht vom 4. Juli 2012 gehe deutlich dahin, dass der Fall nicht einfach abgeschlossen werden könne, sondern dass weitere Abklärungen notwendig seien. Insbesondere finde sich keine Aussage des In halts, es sei keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten. Trotz des ihr damals vorliegenden Berichts des Schul t erspezialisten Dr. A.\_\_\_\_

habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen bezüglich der Schulter beschwerden ein gestellt . Sie habe die Ausführungen des Arzte s zwar zur Kennt nis genommen, nicht aber einer vertieften Abklärung unterzogen . Der Kreisarzt sei zum Schluss gekommen, dass zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall bloss möglicherweise ein Kausalzusammenhang bestehe, ohne sich mit den erhobenen Befunden näher auseinanderzusetzen ( Ziff. 4 S. 5).

Insoweit sich die Beschwerdegegnerin auf einen angeblichen von der Beschwer deführerin zu tragenden Beweisnotstand berufe, weil diese zunächst eine

Strahlendiagnostik der rechten Schulter abgelehnt und später auf einen Kontrast mittelverzicht beharrt habe, wäre die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Abklärungspflicht verpflichtet gewesen, die Beschwerdeführerin über die Er kennt

nismöglichkeiten mittels der verschiedenen Untersuchungsmethoden umfassend aufzuklären und – hätte sich die Beschwerdeführerin dann geweigert, sich den entsprechenden ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen – ein formelles Mahn- und Bedenkzeitverfahren einleiten müssen ( Ziff. 6 S. 5 f.) . 3 .3

Zu prüfen ist, ob sich die Beschwerdegegnerin bezüglich der Einstellung der Taggelder per 18. Juli 2012 zu Recht auf die rechtskräftige Verfügung vom 29. August 2012 beruft und ob die Schulterbeschwerden auf den Unfall vom 27. April 2009 zurückzuführen sind .

Nicht mehr streitig ist die Übernahme der Kosten für die notfallmässige Behandlung des immobilisierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndroms im Spital Z. \_\_\_\_ (vgl. nachfolgend E. 3.21). 4 . 4.1

Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juli 2012 (vgl. nachstehend E. 5 .19) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 18. Juli 2012 mit, dass sie die Taggelderleistungen per sofort einstelle (Urk. 7/154). Dagegen wandte sich die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 6. August 2012 an den Kreisarzt und teilte diesem mit, dass die von ihm bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 100 % für sie nicht realisierbar sei und sie „diese Entscheidung nicht annehmen kann“. Tags darauf reichte die Beschwerdeführerin eine Kopie dieses Schreibens sowie das Arztzeugnis von Dr. B. \_\_\_\_ (Urk. 7/157), wonach eine Untersuchung und allfällige Operation der Schulter bei Dr. A. \_\_\_\_ in Aussicht gestellt wurde, ein (Urk. 7/158). Nachdem der Kreisarzt zum Arztzeugnis von Dr. B. \_\_\_\_ Stellung genommen und empfohlen hatte, welche Untersuchungen durch Dr. A. \_\_\_\_ erfolgen sollten (Urk. 7/159), stellte die Beschwerdegegnerin die Taggelderleistungen mit Verfügung vom 29. August 2012 (Urk. 7/161) per 18. Juli 2012 ein. Für die Kosten der Heilbehandlung werde sie weiterhin die Versicherungsleistungen übernehmen.

Am 3. September 2012 meldete die Beschwerdeführerin, sie habe nun einen Termin für die Untersuchung der Schulter bei Dr. A. \_\_\_\_ erhalten, und bat um Kostengutsprache für eine arthroskopische Evaluation beziehungsweise für eine eventuell notwendige Operation (Urk. 7/162). Hierauf antwortete die Beschwerdegegnerin, sie werde die Kosten für die Untersuchungen übernehmen. Über den Anspruch auf weitere Leistungen im Zusammenhang mit der rechten Schulter werde nach Vorliegen der Untersuchungsberichte von Dr. A. \_\_\_\_ entschieden (Urk. 7/163). 4.2

Nachdem die Beschwerdeführerin sich aufgrund ihrer Schulterbeschwerden gegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt gewandt und die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden angeordnet hatte, durfte die Beschwerdeführerin die nach der Verfügung ergangene Zusage, wonach über den Anspruch auf weitere Leistungen im Zusammenhang mit der rechten Schulter nach Vorliegen der Untersuchungsberichte entschieden werde, durchaus dahingehend verstehen, dass auch über die Weiterausrichtung der eingestellten Taggelder neu entschieden werde, basierte doch die TaggelderEinstellung auf der Überzeugung der Beschwerdegegnerin, es lägen keine unfallkausalen organischen Schädigungen an der rechten Schulter vor.

Die Beschwerdeführerin konnte damit davon ausgehen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Einwände als Einsprache gegen die Verfügung vom 29. August 2012 entgegengenommen hatte (vgl. BGE 123 V 131) und über die Taggelderleistungen neu

befinden werde, sobald die Untersuchungsergebnisse vorlägen. Hätte die Beschwerdegegnerin die Einwände der Beschwerdeführerin nicht als Einsprache entgegennehmen wollen, hätte sie in der E-Mail vom 4. September 2012 explizit darauf hinweisen müssen, dass mit dem Anspruch auf weitere Leistungen, der im Anschluss an die Untersuchung durch Dr. A.\_\_\_\_ geprüft werden sollte, die Taggeldleistungen ausgeschlossen seien, es sei denn, die Beschwerdeführerin würde die Verfügung vom 29. August 2012

#### **E. 012**

noch schriftlich anfechten. 4.3

Die Beschwerdegegnerin ist nach dem Dargelegten zu Unrecht nicht auf die Einsprache gegen die Verfügung vom 29. August 2012 eingetreten. Da, wie im Nachfolgenden zu zeigen sein wird, die Rückweisung der Sache zum Erlass eines Einspracheentscheids zu einem formalistischen Leerlauf führen würde, ist davon abzusehen. 5.5.1

Die erstbehandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juni 2009 (Urk. 7/4) einen Status nach Kiefer- und Schulter- beziehungsweise Oberarmkontusion rechts. Als Befund nannte sie eine Prellmarke am rechten Oberarm ohne Anhaltspunkte für

eine Fraktur; sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 28. April bis 1. Mai 2009. 5.2

Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 8. Juli 2009 (Urk. 7/10) stellte Dr. med.

B.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, es gehe der Beschwerdeführerin besser, da die Arbeitszeiten eingeschränkt seien. Sie leide vor allem unter Beschwerden bei Kopfdrehung und unter Konzentrationsstörungen. Sie habe die Arbeit am 8. Mai 2009 zu 50 % wieder aufgenommen.

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 3. September 2009 (Urk. 7/17) diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ einen Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS), vermutlich Commotio cerebri und Distorsion der Schulter und des Oberarms rechts. Betreffend die HWS-Distorsion sei der Verlauf ungünstig, jedoch nicht gravierend. Sie arbeite weiterhin zu 50 %. 5.3

Am 29. September 2009 fand eine Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. med.

D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, statt. Dieser berichtete am 1. Oktober 2009 (Urk. 7/22 S. 3 f.), die geschilderten Beschwerden erinnerten an eine HWS-Distorsion, wenngleich sich ein typisches Schleudertrauma nicht abgespielt habe. Die klinische Untersuchung ergebe keine Hinweise auf strukturelle Läsionen. Es bestehe eine freie Beweglichkeit sowohl der HWS als auch der Schulter beidseits bei guter Kraft (Lift-off-Test). Eine radiologische Abklärung habe nicht stattgefunden. Auch sei die Beschwerdeführerin, die eher alternativmedizinisch orientiert sei, einer Strahlendiagnostik gegenüber ablehnend. Sie sei jedoch mit einer MR-tomografischen Abklärung der HWS sowie der Lendenwirbelsäule (LWS) einverstanden. Aufgrund der geklagten Beschwerden, zeitweise Kopfschmerzen sowie Kraftverlust im Bereich des rechten Armes, sollte eine neurologische Verlaufskontrolle durchgeführt werden.

Aus orthopädisch/traumatologischer Sicht liessen sich keine strukturellen Läsionen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis mehr nachweisen. Insoweit bestehe auch wieder –

für das Pensum von 50 %

im Bereich Touristik – eine volle Arbeitsfähigkeit.

Aufgrund der klinischen Verspannungen im Bereich des Trapezius empfehle sich ein Aufbautraining. 5.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, leitender Arzt Radiologie des Spitals Z.\_\_\_\_, stellte nach durchgeführtem MRT der HWS und LWS im Bericht vom 28. Oktober 2009 (Urk. 7/ 35 Beilage) eine leichte Chondrose L3/4 und L4/5 ohne Nachweis eines neurokompressiven Prozesses fest. Insgesamt bestehe eine mässige, nach kaudal etwas zunehmende lumbale Spondylarthrose. 5.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 10. Dezember 2009 (Urk. 7/39), es seien keine neurologischen Ausfälle zu finden, weder radiokulärer Art noch einzelne periphere Nerven betreffend. Das MRI der HWS und LWS (vgl. oben E. 5.4) zeige auch lediglich geringgradige degenerative Veränderungen.

Sicher noch unfallbedingt seien die deutlichen Muskelverspannungen rechtsbeteiligt im Arm- und Nackenbereich. Es fänden sich deutliche Myogelosen, die auch druckschmerzhaft seien. Bisher sei noch keine klassische Physiotherapie durchgeführt worden, weshalb dringen d zu raten sei, die nun begonnene Physiotherapie weiterzuführen.

Nach Angaben der Beschwerdeführerin sei die Schulter rechts nie genau untersucht worden, obwohl sie dort ein erhebliches Hämatom gehabt habe. Es fände sich keine wesentliche Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit, eine genauere Bestandaufnahme durch einen Schulter spezialisten sei dennoch angebracht.

Die Beschwerdeführerin habe sich eine Fehlhaltung oder auch falsche Bewegungsmuster im rechten Arm angeeignet. Sie klage auch über Beschwerden im Iliosakralgelenk (ISG), die allerdings schon früher bestanden hätten, nun aber zunehmen. 5.6

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 16. Februar 2010 (Urk. 7/47) einen Status nach Schulterkontusion rechts mit Bursitis subacromialis. Die MRI-Untersuchung (Nativ-MRI) habe eine subacromiale Reizproblematik ergeben (vgl. auch Bericht von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Chef arzt Radiologie an der Klinik I.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2010, Urk. 7/52), ansonsten finde sich ein unauffälliger Schulterstatus. Es sei der Patientin eine subacromiale Infiltration mit Naropin und Kenacort empfohlen worden. Wegen ihrer Allergikeranamnese verzichte sie auf das Kortison, wolle sich die Situation um das Naropin, das allerdings nur diagnostischen Wert habe, noch überlegen. 5.7

Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.3) und lic. phil. J.\_\_\_\_, Psychologin, diagnostizierten im Bericht vom 7. Juni 2010 (Urk. 7/57) eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2). Die Beschwerdeführerin habe am 15. Januar 2010 eine Gesprächstherapie begonnen, auf welche sie gut angesprochen habe und in deren Verlauf es zu einer Stabilisierung des Zustandes gekommen sei. Nach einem mehrwöchigen Urlaub (Mitte März bis Mitte Mai) sei es nach der Wiederaufnahme der Arbeit zu einem Zusammenbruch gekommen. Die Beschwerdeführerin habe Mühe, ihre Grenzen zu wahren und sich nicht zu übernehmen. Weiter destabilisierend wirke sich aus, dass sie für sie erholsame Tätigkeiten wie beispielsweise Schwimmen, Gartenarbeit und Velofahren wegen der Schmerzen nicht genügend nützen könne. 5.8

Dr. K.\_\_\_\_ stellte im ärztlichen Zwischenbericht vom 4. August 2010 (Urk. 7/67) fest, die Beschwerdeführerin klagt weiterhin über Konzentrationsstörungen, Schwindel, Verspannungen im ganzen Schultergürtelbereich, Kopfschmerzen und Bewegungseinschränkungen. Sie habe die Arbeit seit längerem zu einem Pensum von 20 % wieder aufgenommen. 5.9

In der ärztlichen Beurteilung vom 5. August 2010 (Urk. 7/63) hielt Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ fest, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die erneute Arbeitsunfähigkeit nicht dem Unfallereignis vom 27. April 2009 zuzurechnen sei und es spielten im Beschwerdebild der Patientin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen eine Rolle. 5.10

Dr. F.\_\_\_\_ und lic. phil. J.\_\_\_\_ berichteten am 24. Januar 2011 (Urk. 7/74), es sei für die Beschwerdeführerin wichtig gewesen zu lernen, ihre Grenzen besser wahrzunehmen und sich nicht zu überfordern, was ihr in der Zwischenzeit besser gelinge. Insgesamt sei aber der Zustand instabil, die Schmerzen dauerten an und es bestehe eine Einschränkung in verschiedenen Lebenssituationen (Arbeit und Freizeit). 5.11

Am 8. März 2011 (Urk. 7/79) schrieb Dr. B.\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit betrage seit 1. Januar 2011 50 %. Neu sei auch eine Epicondylitis am rechten Arm aufgetreten. Ob diese im Zusammenhang mit dem Unfall stehe, sei ihm nicht klar. 5.12

Laut Bericht von Dr. med.

L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 23. März 2011 (Urk. 7/81) fand die Erstkonsultation am 15. Juni 2010 statt. Die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall an chronischen Schulter-, Nacken- und Atembeschwerden rechts und sekundär auch an Kreuzbeschwerden, möglicherweise verursacht durch eine Fehlhaltung. Es sei ein blockiertes rechtes ISG gefunden worden sowie mehrere Blockierungen (segmentale Dysfunktion) der HWS, welche wiederholt hätten gelöst werden müssen. Therapeutische Infiltrationen, so auch in das rechte ISG, seien zur Erleichterung der Deblockierung durchgeführt worden. Parallel dazu sei immer wieder Physiotherapie notwendig gewesen. Wegen des weitgehend therapieresistenten Verlaufs selbst unter Neuraltherapie habe er unter anderem auch wiederholt eine Stelatumblockade durchgeführt, um eine möglicherweise zugrunde liegende asymmetrische vegetative Störung zu lösen. Am 19. Januar 2011 sei endlich die Lösung des blockierten ISG gelungen. Dennoch hätten sich die Kreuz- und Gesässbeschwerden mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel durch chronischen Hartspann der Gesässmuskulatur rechts nicht wesentlich gebessert. 5.13

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, fand in der Untersuchung gemäss Bericht vom 14. Juni 2011 (Urk. 7/95) einen deutlichen linksseitigen Lagerungsschwindel. Das Traumaereignis

sowie der mehrjährige Verlauf mit vorübergehender deutlicher Erholung der Symptome seien grundsätzlich für einen traumatischen Lageschwindel eher atypisch. Primär müsse das Ansprechen auf das Repositionsmanöver abgewartet werden. 5.14

Im Bericht vom 21. Juli 2011 (Urk. 7/100) teilte Dr. F.\_\_\_\_ mit, ein Wallenberg-Syndrom liege mit Sicherheit nicht vor. Bei den Schwindelepisoden handle es sich um einen Lagerungsschwindel. Es sei der Beschwerdeführerin empfohlen worden, die begonnene Therapie bei Dr. M.\_\_\_\_ wieder aufzunehmen. 5.15

Dr. med.

N.\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 26. August 2011 (Urk. 7/103) eine leichte Myopie rechts sowie eine beginnende Presbyopie. 5.16

Im Aktengutachten vom 17. September 2011 (Urk. 7/108) führte Dr. med.

O.\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, die Sehverschlechterung auf die physiologische Alterssichtigkeit und die rechtsseitige Myopie zurück. Das erwähnte Augenflattern (vgl. Urk. 7/77) sei möglicherweise auf die nicht korrigierte Fernsicht zurückzuführen oder, wie die Erfahrung zeige, durch einen Magnesiummangel verursacht. Das Augenflattern sei nicht auf den Unfall zurückzuführen. 5.17

Am 24. Januar 2012 (Urk. 7/119) berichtete Dr. M.\_\_\_\_, nachdem im letzten Sommer ein deutlich lageabhängiger Schwindel habe nachgewiesen werden können, habe sich dieser nun über die Zeitdauer erholt, und es sei zu keinem Rezidiv gekommen. Trotzdem komme es immer wieder zu belastungsabhängigen Beschwerden im nuchalen Bereich mit Schwankschwindel. Dieser Befund lasse sich aktuell bei stabiler vestibulärer Funktion und ebenfalls stabiler Hörschwelle nicht auf eine Ohrpathologie zurückführen. Bei deutlichen Ansatz tendinosen sei ein HWS-Syndrom als Ursache für die Beschwerden denkbar und könne noch im Zusammenhang mit dem Unfall gesehen werden. 5.18

Das MRI der Schulter rechts vom 10. Februar 2012 ergab laut Dr. med.

P.\_\_\_\_, Institut für Radiologie am Spital Z.\_\_\_\_, (Urk. 7/131), dass eine Impingement-Symptomatik mit sklerotisch ausgezogener Acromionspitze sowie eine geringe Aktivierung einer Bursitis subacromiale / subdeltoidea und eine geringe AC-Gelenksarthrose wahrscheinlich seien, jedoch keine periartikuläre Muskelatrophie und kein Beweis für eine höhergradige

Rotatorenmanschettenruptur vorlägen. 5.19

Am 3. Juli 2012 fand eine Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. med.

Q.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. Er stellte am 4. Juli 2012 folgende Diagnose (Urk. 7/148 S. 7): - Kiefer- und Schulterprellung und proximale Oberarmkontusion rechts vom 27. April 2009 mit/bewegungs-, belastungs- und haltungsabhängigen Cervicobrachialgie rechts mit subjektiv rezidivierenden Sensibilitätsstörungen und Kribbelparästhesien im Segment C7/C8 - lage-, bewegungs- und belastungsabhängigen Schulterbeschwerden rechts bei im Februar 2010 kernspintomographisch festgestellter bursaler Reizung und Reizung des Acromioclaviculargelenks rechts

Objektiv zeige sich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS nach rechts ohne Auslösen einer neurologischen Symptomatik bei druckschmerzhaften Facettengelenken und Irritationspunkten

occipital beidseits, rechts mehr als links, sowie einer stellenweise druckschmerzhaften Hals- und Schultergürtelmuskulatur. Die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk sei im Seitenvergleich für Anteversion, Aussenrotation sowie für den Schürzen- und Nackengriff ein wenig eingeschränkt. Rechtsseitig zeige sich ein positives Impingement als Hinweis auf eine subacromial

bursale Reizung.

Zusammenfassend hätten im Rahmen der bisher durchgeführten Untersuchungen keine strukturellen Läsionen im Bereich der HWS festgestellt werden können, im Bereich des rechten Schultergelenks habe kernspintomographisch eine Reizung der Bursa und des AC-Gelenks verifiziert werden können.

Die im Rahmen der heutigen Untersuchung berichteten, aber objektiv nicht nachweisbaren, intermittierend auftretenden Sensibilitätsstörungen der rechten Hand im Bereich des 4. und 5. Fingers sowie der ulnaren Unterarmseite seien in dieser Form bisher nicht beschrieben worden. Diesbezüglich sei eine entsprechende neurophysiologische Untersuchung durchzuführen. Sollte das Ergebnis dieser Untersuchung auf eine Pathologie im Bereich der HWS hindeuten, wäre eine entsprechende MRT-Untersuchung der HWS notwendig.

In Anbetracht fehlender relevanter organisch-struktureller Läsionen sei aus fachärztlich-orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im ursprünglichen Pensum im Rahmen der angestammten beruflichen Tätigkeit zumutbar.

Am 17. Juli 2012 (Urk. 7/152) präziserte Dr. Q.\_\_\_\_ seine Aussage betreffend Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass er die Beschwerdeführerin für eine vollschichtige berufliche Tätigkeit mit überwiegender Arbeit am PC nur teilarbeitsfähig erachte; für den bestehenden Zeitrahmen von 60 % bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. 5.20

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 18. Juli 2012 (Urk. 7/155), die Neurographie des Nervus (N.) ulnaris sei beidseitig unauffällig und es bestehe kein Hinweis für eine Ulnaris-Läsion. Auch die F-Wellen-Latenz sei seitengleich und unauffällig. Im EMG finde sich kein Hinweis auf eine neurogene Läsion der Wurzel C8, respektive auf

durch den N. ulnaris innervierte Handmuskeln. Somit könne keine neurogene Läsion dokumentiert werden. Die Beschwerdeführerin sei überzeugt, dass ihr Problem im Bereich der oberen Thoraxapertur liege. Allenfalls müsste eine Halsrippe ausgeschlossen werden oder eventuell ein MRI der Plexusregion gemacht werden. Zu einer messbaren Nervenschädigung komme es aber definitiv nicht. 5.21

Die Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 2. August 2012 (Urk. 7/170) ein immobilisierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Erstdiagnose 1. August 2012). Die Beschwerdeführerin habe sich bei akuten, immobilisierenden lumbospondylogenen Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein vorgestellt. Klinisch hätten keine sensiblen oder motorischen Defizite im Bereich der Beine nachgewiesen werden können. Es gebe keine Hinweise auf eine Cauda

equina-Symptomatik. Auch die Nerven-Irritationszeichen seien negativ. 5.22

Dr. med.

A.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellte im Bericht vom 29. Oktober 2012 (Urk. 7/173) fest, auf den Arthro-MRI-Untersuchungen könne man feststellen, dass die Beschwerdeführerin wohl eine ausgesprochen fortgeschrittene AC-Gelenks-Veränderung rechts zeige mit subchondralen grossen Zystenbildungen und Unregelmässigkeiten des claviculären und acromialen Gelenkranfes im Sinne einer hochgradigen Arthrose (traumatisierte Arthrose) mit Zerstörung des Diskus interarticularis. Allein dieser Befund erkläre bereits einen Grossteil der Beschwerden. Über den gesamten Interartikularraum (SLAP- oder Lumbus-Läsion oder Rotatorenmanschetten-Innenblatt-Läsion) könne keine Aussage gemacht werden, da auf intraartikuläre Gadolinium-Gabe verzichtet worden sei. Auch über das Impingement-Syndrom und deren Folgen auf den Subacromialraum mit Aufscheuerung

der Rotatorenmanschette

könne wenig ausgesagt werden. Es sei deswegen ein nochmaliges Arthro-MRI veranlasst worden, und zwar mit Gadolinium intraartikulär, um eine klare Diagnose bezüglich Limbus glenoidalis, SLAP-Läsion, Rotatorenmanschette und Bicepssehne zu erhalten.

Am 6. November 2012 berichtete Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 7/176) gestützt auf den Bericht des Zentrums für medizinische Radiologie über die MRI-Arthrografie Schulter rechts vom 5. November 2012 (Urk. 7/182), die neue Arthro-MRI-Untersuchung zeige nach wie vor die Zerstörungssituation des AC-Gelenkes mit posttraumatischer schwerer Arthrose. Gleichzeitig zeige sie auch eine SLAP-Läsion Typ II und einen hochgradigen Verdacht auf eine Intervall-Läsion. Es handle sich um posttraumatische Veränderungen und es sei eine Operationsindikation gegeben, zumal die Beschwerdeführerin einen hohen Leidensdruck zeige und die Arbeit nie mehr als zu 50 % ausführen könne. Vorgesehen sei die Défilée-Erweiterung und Akromioplastik sowie die Bicipstenotomie und -tenodesen, SLAP-Refixation und die AC-Gelenkresektion mit Intervall-Verschluss. 5.23

In der Aktennotiz vom 22. November 2012 (Urk. 7/186) wiederholte Kreisarzt Dr. Q.\_\_\_\_, dass sich am 29. September 2009 aus orthopädisch/traumatologischer Sicht keine strukturellen Läsionen mehr hätten nachweisen lassen, die mit dem Unfall vom 27. April 2009 in Verbindung zu bringen seien, auch nicht klinisch im Bereich der rechten Schulter. In der Stellungnahme vom 5. August 2010 sei festgestellt worden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild Unfallfolgen keine Rolle mehr spielten. Die Schulterbeschwerden sowie die Befunde rechts seien möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. 5.24

Am 9. April 2013 führte Dr. A.\_\_\_\_ eine Schulteroperation rechts durch (vgl. Operationsbericht vom 11. April 2013, Urk. 3/1) und berichtete im ärztlichen Zeugnis vom 2. Mai 2013 (Urk. 3/2), der intraoperative Befund habe die Zerstörung des AC-Gelenkes mit vollständiger Destruktion des Diskus interartikularis und der beiden Knochenanteile des AC-Gelenkes bestätigt. Es handle sich nicht um eine arthrotische Veränderung, sondern um eine eigentliche knöcherne Zerstörung. Gleichzeitig sei bei der Inspektion des Intraartikularraums eine SLAP-Läsion Typ II und eine instabile Bicepssehne mit vollständigem Fehlen des Sehnen-Pulley feststellbar gewesen. Nach durchgeführter Operation sei für ihn klar, dass sowohl das traumatisierte AC-Gelenk als auch das vollständige Fehlen des Sehnen-Pulley und der SLAP-Läsion unfallkausal zu erklären seien und nicht degenerativ. Das tiefstehende Akromion

Bigliani Typ II bis II I sei sicher weder unfallkausal noch degenerativ, sondern konstitutionell bedingt. Es sei gleichzeitig mitkorrigiert worden, um einem besseren postoperativen Verlauf und eine deutlich bessere Rehabilitation des operierten Schultergelenks zu erreichen. 6.6.1

Den medizinischen Akten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall über Schulterschmerzen klagte. So berichtete Kreisarzt D.\_\_\_\_ (E. 5.3) knapp vier Monate nach dem Unfall, die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen an im gesamten Schulterbereich rechts, am Oberarm im Bereich des rechten Schulterblattes sowie „im Lungenflügel“ rechts. Auch habe sie Nackenschmerzen beidseits, welche teilweise als Blockaden, teilweise auch als nach cranial

ziehender Kopfschmerz front wahrgenommen würden. Laut Dr. D.\_\_\_\_ erinnerten die geschilderten Beschwerden an eine HWS-Distorsion, obwohl sich ein typisches Schleudertrauma nicht abgespielt habe.

Da die Beschwerdeführerin eine konservative radiologische Untersuchung der Schulter abgelehnt hatte, empfahl Dr. D.\_\_\_\_ lediglich die Durchführung einer MR-tomographischen Abklärung der HWS und der LWS , nicht aber der Schulter, sowie eine neurologische Verlaufskontrolle. Obwohl er weitere Abklärungen veranlasste, ging er dennoch davon aus, dass sich in der kreisärztlichen Untersuchung keine strukturellen Läsionen mehr nachweisen liessen, die mit dem Unfallereignis in Verbindung zu bringen seien, was doch eher widersprüchlich ist. Eine erste MR -tomographische Abklärung der rechten Schulter erfolgte erst, nachdem Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Dezember 2009 eine genaue Bestandsaufnahme durch den Schulterspezialisten anregte (vgl. E . 5 .5). Diese ergab laut Dr. G.\_\_\_\_ (E . 5 .6) eine subacromiale Reizproblematik, ansonsten erachtete Dr. G.\_\_\_\_ den Schulterstatus als unauffällig. Eine zweite MR-Untersuchung der Schulter wurde am 10. Februar 2012 im Spital Z.\_\_\_\_ durchgeführt, welche eine Impingement -Symptomatik mit wahrscheinlicher sklerotisch ausgezogener Acromionspitze sowie eine geringe Aktivierung einer Bursitis subacromi ale / sub deltoidea und eine geringe AC-Gelenksarthrose ergab (E.

5. 18). Aufgrund dieser Befunde veranlasste sodann

Dr. A.\_\_\_\_ (E. 5 .22) weitere Untersuchungen, die schliesslich zur Schulteroperation führten (E. 5 .24). 6 .2

Aus den obigen Ausführungen erhellt, dass Schulterbeschwerden seit dem Unfall aktenkundig sind und acht Monate nach dem Trauma auch MR-tomographisch eine Reizproblematik festgestellt wurde, womit ein organisches Substrat ausgewiesen war. Auch Kreisarzt Dr. Q.\_\_\_\_ (E. 5 .19) erläuterte , dass im Bereich des rechten Schultergelenks kernspintomographisch eine Reizung der Bursa und des AC-Gelenks habe verifiziert werden können . Weshalb er diesen Befund als nicht relevant organisch-strukturell beurteilte, kann seinem Bericht nicht entnommen werden. Dennoch empfahl er aber, es sei bezüglich der rechten Schulter der Untersuchungsbericht über die orthopädische Kontrolluntersuchung vom 5. Juli 2012 einzuholen, wobei aus seiner Empfehlung nicht klar hervorgeht, welche orthopädische Kontrolluntersuchung er meinte, da seinem Bericht lediglich entnommen werden kann , dass am 5. Juli 2012 eine Kontrolluntersuchung bei Dr. B.\_\_\_\_ , welcher Facharzt für Allgemeine Medizin FMH und der Hausarzt der Beschwerdeführerin ist, stattfinden soll. Welche Erkenntnisse er aus dieser Kontrolluntersuchung gewinnen wollte, bleibt unklar, es muss aber davon ausgegangen werden, dass auch Dr. Q.\_\_\_\_

nicht vollständig überzeugt war, dass den Beschwerden kein organisches Substrat zugrunde liegt, insbesondere auch deshalb, weil er die Beschwerdeführerin nur für ein Pensum von 60 % als vollschichtig arbeitsfähig erachtete.

Nachdem Dr. A.\_\_\_\_ nach der durchgeführten Operation erklärte, der intraoperative Befund habe die Zerstörung des AC-Gelenks mit vollständiger Destruktion des Diskus interartikularis und der beiden Knochenanteile des AC-Gelenks bestätigt und gleichzeitig sei bei der Inspektion des Intraartikularraums eine SLAP- Läsion Typ II und eine instabile Bicepssehne mit vollständigem Fehlen des Sehnen- Pulley

gefunden worden , welche er nicht auf einen degenerativen Ursprung, sondern auf den Unfall zurückführte, führte Kreisarzt Dr. Q.\_\_\_\_

aus, die Befunde der rechten Schulter seien nur möglicherweise unfallkausal.

Dabei berief er sich darauf, dass angesichts der kreisärztlichen Untersuchungen keine strukturellen Läsionen – auch nicht klinisch im Bereich der rechten Schulter - mehr hätten nachgewiesen werden können. Dies wurde aber durch Dr. A.\_\_\_\_ mit den entsprechenden Untersuchungen widerlegt . Eine Auseinandersetzung mit den von Dr. A.\_\_\_\_

aufgeführten Befunden fehlt vollständig, weshalb auch nicht nachvollziehbar ist, weshalb Dr. Q.\_\_\_\_

die Beschwerden am rechten Schultergelenk als degenerativ bezeichnet .

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