

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00223

vom 4. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00223

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00223 du 4 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00223 del 4 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

2. Februar 2014 verneinte die SUVA eine Leistungspflicht bezüglich Rückenbeschwerden ab 30. November 2012 (Urk. 6/ 283) . Dagegen erhob die Versicherte am 20. März 2014 Einsprache (Urk. 6/ 286) .

Mit Einspracheentscheid

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt 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 blosse 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).

E. 1.2

Bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien kann das Erreichen des Status quo sine nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E. 3. 1, U 354/04 vom 11. April 2005

E. 2.2).

Diskushernien sind in aller Regel nicht durch den Unfall verursacht. Eine der Bedingungen, damit eine solche Unfallkausalität ausnahmsweise anzunehmen ist, stellt das Auftreten der Symptome der Diskushernie unmittelbar nach dem Unfall dar (Urteile des Bundesgerichts 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007

E. 3.2 ,

U 138/99 vom 8. Februar 2000 = RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a).

E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 1.4

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. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 1.5

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf

medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 22. Juli 2014 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 15. September 2014 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, wobei hierzu ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben sei (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1).

Die SUVA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2014 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Der am 30. März 2015 zum Verfahren beigelegene Krankenversicherer CSS Versicherungen AG (vgl. Urk. 7) reichte innert Frist keine Stellungnahme ein, was den Verfahrensbeteiligten am 21. Mai 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass bezüglich der Rückenbeschwerden rund 4 Monate nach dem Unfallereignis, mithin am 30. November 2012, der Status quo sine erreicht gewesen sei und keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten (S. 4 Ziff. 2b). Im Rahmen der Unfallrestfolgen an der linken Schulter sei die Beschwerdeführerin in einer leichten bis mittel schweren Tätigkeit ganztags arbeitsfähig (S. 5 Ziff. 3b), was auf die bis Ende Februar 2010 ausgeübte angestammte Tätigkeit als Polizistin im Bürodienst zu treffen, womit diesbezüglich eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 5 f. Ziff. 3c). Eine von der kreisärztlichen Schätzung des Integritätsschadens auf 5 % abweichende ärztliche Beurteilung sei nicht vorhanden, womit die zugesprochene Entschädigung korrekt sei (S. 7 Ziff. 4b).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden (S. 9 ff. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen sind somit die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden, die erwerblichen Auswirkungen verbleibender Schulterbeschwerden und die Höhe des Integritätsschadens. 3.

3.1

Dr. med. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Kurzbericht vom 8. August 2011 über Konsultationen am 3. und 4. August 2011 als Diagnosen die Kontusion von Lendenwirbelsäule (LWS)/ Sacrum und linke rechte Schulter (Urk. 6/27 = Urk. 6/70/1 = Urk. 6/75/2 = Urk. 6/102/2 = Urk. 6/234/15 = Urk. 6/234/31).

In seinem Zeugnis vom 8. November 2011 (Urk. 6/10) führte Dr. Y.____ aus , die Erstbehandlung habe am Unfalltag (3. August 2011) stattgefunden (Ziff. 1). Zum Hergang schrieb er: „Bei Auseinandersetzung mit Polizei auf den Boden gefallen. Rücken, rechter Unterarm, linke Schulter, Steissbein verletzt“ (Ziff. 2). Als Diagnose nannte er Kontusionen (Ziff. 5). Eine Arbeitsunfähigkeit verneinte er (Ziff. 8); den Behandlungsabschluss datierte er auf den 15. August 2011 (Ziff. 10).

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Zeugnis vom 19. Dezember 2011 (Urk. 6/16) aus, er habe die Beschwerdeführerin erstmals am 18. August 2011 behandelt (Ziff. 1). Er nannte als Diagnose eine Periarthropathia humero-scapularis (PHS) posttraumatisch links, protrahierter Verlauf, und eine Rückenkontusion, Restbeschwerden (Ziff. 5). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 5. September 2011 (Ziff. 8).

In seinem Bericht zuhanden der Staatsanwaltschaft vom 15. März 2012 (Urk. 6/30 = Urk. 6/234/28-29) nannte er als Verletzungen eine solche der linken Schulter (schwere SLAP-Läsion Typ II) sowie - gemäss Dr. Y.____ - Prellungen und Schürfungen am Rücken, Rötung um die Handgelenke, eine rötliche Stelle mit Schürfung an der linken Schulter (Ziff. 2). Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er mit 100 % ab 3. August 2011 und mit 50 % ab 15. März 2012 (Ziff. 4). Es werde vermutlich eine Operation notwendig sein (Ziff. 7). 3.2

Kreisärztin Dr. med. A.____ , Fachärztin für Chirurgie, führte am 27. März 2012 zur Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schulterverletzung aus, eine angepasste leichte manuelle Tätigkeit maximal bis zur Horizontalen, vorwiegend Bürotätigkeit, sollte nach Abklingen der akuten Schmerzen in 2-4 Wochen wie der ganztägig zumutbar sein (Urk. 6/31). 3.3

Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie , nannte in seinem Bericht vom 30. März 2012 über seine Untersuchung vom 28. März 2012 als Diagnosen einen Verdacht auf AC-Sprengung links und eine SLAP-Läsion mit Ganglionbildung (Urk. 6/37/2 = Urk. 6/234/6).

Dr. med. C.____ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 12. April 2012 über seine gleichentags erfolgte Untersuchung und nannte als Diagnose persistierende belastungsverstärkte Schmerzen im Schulter-/ Schulterblattbereich links (Urk. 6/42/2 = Urk. 6/234/26-27) .

Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 3. September 2012 über seine gleichentags erfolgte Untersuchung und nannte als Diagnose eine ausgedehnte SLAP-Läsion links und ein multilobuläres Ganglion in der Fossa

supraspinata links, sowie eine beginnende AC-Gelenks-Arthrose links (Urk. 6/80).

Am 20. September 2012 wurde die linke Schulter operiert (Urk. 6/95/2 = Urk. 6/234/23). 3.4

Dr. med. E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , nannte

in seinem

Krankengeschichte-Eintrag vom 26. Juni 2012 als Diagnose eine myofasziale

Beschwerdesymptomatik lumbal und eine ileosakrale Überlastung rechts; die myofasziale Beschwerdesymptomatik werde durch eine insuffiziente Stabilisierung verursacht und unterhalten, die ileosakrale Überlastung sei im Rahmen des Treppensturzes verursacht worden (Urk. 6/9/2 = Urk. 6/234/9). 3.5

Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 7. September 2012 ergab eine parazentral gelegene kleine Diskushernie L2/3 mit Verlagerung beziehungsweise Kontakt zur Wurzel L3 recessal rechts, wenig Diskopathie auf den unteren beiden Niveaus, keine Nervenwurzelkompressionen, keine frischen oder älteren Frakturen thorakolumbal , lumbal, sakral und am Os coccygeum (Urk. 6/100).

Kreisarzt Dr. med. F.____

führte diesbezüglich am 19. Oktober 2012 aus, das MRI zeige keine traumatische strukturelle Läsion, sondern ausschliesslich degenerative Veränderungen. In der Regel sei der Status quo bei einer Prellung innerhalb von 3 bis 6 Monaten erreicht (Urk. 6/108).

Kreisärztin Dr. A.____ führte am 1. November 2012 aus, das am 27. März 2012 postulierte Zumutbarkeitsprofil

(vgl. vorstehend E. 3.2) entspreche auch der Lendenwirbelsäulenproblematik (Urk. 6/108 unten). 3. 6

Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , führte am 19. Dezember 2012 (Urk. 6/162/1) aus, es bestehe ein Status nach arthroskopischer

Bizepssehnen-Tenodese sowie subacromialer

Bursektomie sowie AC-Resektion sowie ventraler und dorsaler Capsulotomie vom 20. September 2012; seither absolut zeitiger Verlauf (Ziff. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus näher erläuterten Gründen weiterhin 100 % (Ziff. 4). Mit einer (teilweisen) Arbeitsfähigkeit könne je nach Verlauf gerechnet werden (Ziff. 5). Die Prognose sei gut (Ziff. 6). 3.

E. 7

Am 3. Januar 2013 nahm

Dr. med. H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , zu den ihm vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unterbreiteten Fragen (Urk. 6/174/6-7) Stellung (Urk. 6/174 /3-4) .

Zur Frage, ob das Unfallereignis vom 3. August 2011 eigentliche Ursache der Diskushernie gewesen sei, führte er aus, aufgrund der von der Patientin geschilderten Geschichte mit Handgreiflichkeiten und einem „Tritt/Wurf“ und entsprechendem Aufprall sei die Trauma-Adäquanz entsprechend. Man sei immer der Ansicht gewesen, dass eine extrem hohe axiale Kraft benötigt werde, um eine Bandscheibe zu zerstören. Wenn aber ein Rotations- und Distractionstrauma hinzukomme, würden Bindegewebsphasen der Bandscheibe bereits bei einer Belastung von etwa 10-20 kg reissen. Auch entwickle sich dann die Beschwerdesymptomatik zweizeitig, indem momentan ein vorübergehender Schmerz vorhanden sei, der dann erst nach 2-4 Wochen Verzögerung verstärkt auftrete (S. 1 Ziff. 1).

Falls keine Rückenvorgeschichte vorliege, die auf das Segment L2/3 hinweise (80-90 % der Patienten wiesen lumbosakrale und nicht hochlumbale Probleme auf), sei aus seiner Sicht das Unfallereignis als kausal zu betrachten. Der Unfall sei die Ursache für den Bandscheibenvorfall (S. 1 zu Frage 2).

Er denke nicht, dass es sich hier um ein Rezidiv gehandelt habe, sondern dass die Beschwerden durchaus fluktuieren könnten, aber mehr oder weniger ja seit diesem Unfall persistierend seien. Man müsse hier

von einer permanenten richtungsweisenden Verschlechterung nach Unfallereignis sprechen (S. 1 f. Ziff. 3).

Bei blander Voranamnese im Bereich des thorakolumbalen Übergangs sei er der Meinung, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Unfallereignis zur jetzigen foraminalen Diskushernie geführt habe (S. 2 Ziff. 4). 3.

E. 8

Eine (im Auftrag von Dr. H.____ erstellte) MRT der Lendenwirbelsäule vom

28. Januar 2013 ergab diskrete degenerative LWS-Veränderungen (minimale beziehungsweise diskrete Diskusprotrusionen L2/3, L4/5 und L5/S1) ohne Hinweis auf Wurzelaffektionen und keine Diskusherniationen insbesondere auf Höhe L2/3 (Urk. 6/174/5). 3.9

Kreisärztin Dr. A.____

erstattete am 19. Februar 2013 eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten (Urk. 6/180). Sie führte unter anderem aus, bildgebend seien keine strukturellen Läsionen nachweisbar. In den Physiotherapieverordnungen sei zum ersten Mal am 3. Juli 2012 die Rückenproblematik dokumentiert (vgl. Urk. 6/59 S. 2), zuvor sei immer nur eine Behandlung der Schulter vorgesehen gewesen. Sie stimme Dr. H.____ darin zu, dass es vor allem ein Rotations- und Distractionstrauma der Wirbelsäule mit Verletzung der Bänder brauche, damit ein Bandscheibenvorfall traumatisch / unfallkausal bedingt sein könne. Im vorliegenden Fall seien in beiden MRI der Lendenwirbelsäule keine strukturellen traumatischen Läsionen nachweisbar, so dass die beschriebenen Bandscheibenprotrusionen mit Dehydratationen der Bandscheiben L2/4, L4/5, L5/S1 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur seien und nur möglicherweise unfallkausal. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Diagnostik könne man weiterhin von einer Rückenkontusion, Prellung, Zerrung ausgehen, welche spätestens nach 3-6 Monaten folgenlos abgeheilt sein sollte, da in der Bildgebung keine strukturellen Verletzungen nachweisbar seien (S. 4). 3.

E. 10

Am 19. Februar 2013 operierte Dr. H.____ die Beschwerdeführerin, worüber er am 15. März 2013 berichtete (Urk. 6/199 = Urk. 6/234/16-17). Er nahm eine laterale Diskektomie und partielle Facettektomie L2/3 vor (S. 1 Mitte) und berichtete, die Patientin habe die Operation relativ gut überstanden. Psychologisch beschäftige sie noch, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Unfallversicherung das Ereignis als Unfall ablehne, wobei es hier wahrscheinlich nicht sehr schwierig sein werde, das Gegenteil zu beweisen (S. 1 unten). 3.11

Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am

E. 15

März 2013 über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 6/189) und nannte als Diagnose einen Status nach Treppensturz am 3. August 2011 mit unter anderem Comotio cerebri (S. 1 Mitte). Anamnestisch führte er aus, die Patientin sei eine Treppe hinunter gestossen worden und habe dabei das Bewusstsein verloren. So könne sie sich nicht mehr an den Sturz erinnern und sei am unteren Ende der Treppe liegend wieder zu sich gekommen. Die geschätzte Dauer der Bewusstlosigkeit betrage 3-4 Minuten. Unmittelbar anschliessend seien starke Kopfschmerzen sowie Schmerzen an der linken Schulter und im Rücken aufgetreten (S. 1 unten). Die Kopfschmerzen hätten bis zur Rückenoperation vom 20. Februar 2013 angehalten, seither habe sie nur noch wenig Kopfschmerzen; geblieben seien jedoch Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie eine ständige Müdigkeit (S. 2 oben). Davon abgesehen sei die neurologische Untersuchung unauffällig gewesen (S. 3 oben). 3.12

Dr. A. ___ berichtete am 13. August 2013 über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 6/253).

Nach Wiedergabe der Akten (S. 1 ff.), der Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 f.) und der erhobenen Befunde (S. 7 ff.) nannte sie folgende Diagnosen

(S. 10 Ziff. 5): - Restbeschwerden linkes Schultergelenk/AC-Gelenk bei Status nach knöcherner AC-Gelenksresektion mit ventraler/dorsaler Kapsulotomie , acromialer

Bursektomie und Tenodese September 2012 bei Korbhenkel-SLAP-Läsion und Acromioclavicular-Arthropathie Schulter links - Restbeschwerden bei Status nach lateraler Diskektomie, Facettektomie L2/3 Februar 2013 bei Diskushernie foraminal L2/3 und ventraler Protrusion L2/3 bei lumbalem und thorakalem Scheuermann - mittel- bis hochgradig lateralbetonte Gonarthrose rechts - ISG-Arthralgie rechts

Am 3. August 2011 sei es im Rahmen einer Verhaftung zur tätlichen Auseinandersetzung zwischen Polizisten und der Versicherten gekommen. Der erstbehandelnde

Dr. Y. ___ habe eine Kontusion der Lendenwirbelsäule, des Sakrums und der linken Schulter dokumentiert mit mehreren Erosionen im Bereich des LWS/BWS-Übergangs und des Sakrums rechts sowie im Bereich der Handgelenke. Im September 2012 sei die linke Schulter operiert worden. Im Juni 2012 sei bei Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule Dr. E. ___ konsultiert worden; das sodann veranlasste MRI habe eine parazentrale rechtsgelegene kleine Diskushernie L2/3 mit Kontakt zur Wurzel sowie eine Diskopathie auf dem unteren Niveau, ohne Anhalt für eine frische oder ältere Fraktur, gezeigt (S. 10). Am 16. Februar 2012 sei die Beschwerdeführerin mit dem Fahrrad auf das rechte Kniegelenk gestürzt; zurzeit habe sie auch hier immer noch etwas Beschwerden unter Belastung (S. 11).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. A. ___ aus, aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung schätze sie die Beschwerdeführerin aus rein somatischer Sicht in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ein (S. 11 unten).

Bezüglich der linken Schulterbeschwerden/AC-Gelenk seien die beklagten belastungsabhängigen Beschwerden als unfallkausal bei Status nach AC-Gelenksresektion anzusehen. Bezüglich der Lendenwirbelsäule werde auf die Beurteilung vom 19. Februar 2013 (vgl. vorstehend E. 3.10) verwiesen. Die Gonarthrose rechts entspreche eher einer

degenerativen Veränderung und sei nur möglich erweise auf den Fahrradsturz mit Anpralltrauma der Patella zurückzuführen

(S. 12).

Den Integritätsschaden aufgrund der AC-Gelenksresektion schätzte Dr. A.____ auf 5 %, dies unter Hinweis darauf, dass dies der in der Tabelle 5.2 vorgesehene Wert sei (Urk. 6/254 S. 1).

In einer Ergänzung vom 13. August 2013 (Urk. 6/260) führte Dr. A.____ aus, die bezüglich Halswirbelsäule (HWS) geklagten Beschwerden seien, auch gemäss MRI vom 12. August 2013, degenerativer Natur und nicht unfallkausal; Beschwerden aufgrund der ISG-Arthralgie seien multifaktoriell und nur möglich erweise unfallkausal (Ziff. 1). Der Status quo sollte zum Zeitpunkt der MRI-Untersuchung ohne traumatische strukturelle Läsionen erreicht sein (Ziff. 2). 4. 4.1

Dr. Y.____ , der die Beschwerdeführerin am Unfalltag untersuchte, diagnostizierte unter anderem eine Kontusion der Lendenwirbelsäule und des Sakrums (vorstehend E. 3.1). In den anschliessend erstatteten Berichten wurde

ausschliesslich die Schulterproblematik thematisiert; erst am 3. Juli 2012, also 11 Monate nach dem Unfall, wurde eine Physiotherapieverordnung mit einer lumbalen myofaszialen Beschwerdesymptomatik begründet (vgl. E. 3.9), und ein MRI vom 7. September 2012 ergab eine kleine Diskushernie L2/3 (vorstehend E. 3.5). Die Bildgebung vom 28. Januar 2013 ergab sodann Diskusprotrusionen L2/3, L4/5 und L5/S1, und keine Diskusherniationen insbesondere auf Höhe L2/3 (vorstehend E. 3.8). 4.2

Vor diesem Hintergrund erweist sich die von Dr. H.____ postulierte Unfallkausalität der Rückenproblematik (vorstehend E. 3.7) als nicht nachvollziehbar, gibt es doch keinerlei echtzeitliche ärztliche Berichte, die auch nur vermuten liessen, die am 3. August 2011 erlittene LWS-Kontusion habe zu irgendwelchen strukturellen Läsionen geführt. Abgesehen von den Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall wurden lumbale Beschwerden zum ersten Mal rund ein Jahr später berichtet und untersucht. 4.3

Die Annahme der Beschwerdegegnerin, diesbezüglich sei der Status quo nach rund 4 Monaten erreicht gewesen (vorstehend E. 2.1) , stimmt mit der aktenmässigen Dokumentation des Gesundheitszustands im Zeitverlauf absolut überein , entspricht der diesbezüglichen gefestigten Rechtsprechung (vorstehend

E. 1.2) und erweist sich demnach als zutreffend.

Nicht ersichtlich ist, inwiefern in diesem Punkt eine weitere ärztliche Beurteilung zusätzliche und vor allem andere Erkenntnisse zu vermitteln vermöchte, lägen ihr doch die gleichen schon vorhandenen medizinischen Berichte zu grunde, die zwingend zum schon genannten Schluss führen.

Somit ist der Antrag, die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden sei anhand eines Gutachtens abzuklären, abzuweisen. 5. 5.1

Gemäss kreisärztlicher Einschätzung wirkt sich die Beeinträchtigung der linken Schulter so aus, dass eine angepasste leichte manuelle Tätigkeit maximal bis zur Horizontalen, vorwiegend Bürotätigkeit, ganztägig zumutbar ist (vorstehend

E. 3.2). 5.2

Gemäss Arbeitszeugnis vom 28. Februar 2010 (Urk. 6/36/51-53) leistete die Beschwerdeführerin, nach Absolvierung der zweijährigen Polizeischule, von 1995 bis September 1997 als Streifenwagenfahrerin bewaffneten Schichtdienst in Uniform. Von Oktober 1997 bis September 1999 war sie zwecks Weiterbildung als Protokollführerin bei der (damaligen) Bezirksanwaltschaft eingesetzt. Ab Oktober 1999 leistete sie wieder Streifenwagendienst und ab April 2000 Dienst in einer Quartierwache. Per 1. Oktober 2001 wurde sie zur Sachbearbeiterin Revier ernannt (S. 1). Per 1. Juli 2003 wechselte sie wieder in die Quartierwache, und ab 1. April 2005 war sie als Sachbearbeiterin in der Fachgruppe Vermögensdelikte eingesetzt (S. 2 oben). Sie befasste sich mit folgenden, hier leicht verkürzt angeführten Aufgaben (S. 2): - Führen von Straf- und Ermittlungsverfahren betreffend strafbare Handlungen gegen das Vermögen und verwandte Tatbestände - Durchführen von delegierten Befragungen - telefonische Abklärungen und Korrespondenz in französischer und englischer Sprache - Durchführen von Hausdurchsuchungen und Verhaftungen in Zusammenarbeit mit der örtlichen Kantonspolizei - Erstellen von Schlussberichten zuhanden der Untersuchungsbehörden - regelmässige Nachtdienste im Bereich der kriminalpolizeilichen Grundversorgung; Bearbeiten von Tatbeständen aus allen Fachbereichen - regelmässige Frauen-Pikettdienste während der Nachtzeit (Anzeigen von Sexualdelikten mit weiblichen Opfern) - kommandierte Extradienste wie Sportanlässe und Kundgebungen im Bereich der kriminalpolizeilichen Aufgaben, vorwiegend Bearbeiten von Haftfällen - Anwenden verschiedener IT-Applikationen - Nebenaufgabe: Betreuen von Polizeiaspiranten im Kripopraktikum 5.3

In der am 26. Februar 2013 von der ehemaligen Arbeitgeberin erstellten Arbeitsplatzbeschreibung (Urk. 6/200/3-4) wurde der Anteil Innendienst mit 90%, der Anteil Aussendienst/ Hausdurchsuchungen etc. mit 5% und der Anteil Nacht-/Wochenenddienst mit 5% beziffert (S. 1 Mitte). Bezüglich Hebe-/Tragebelastungen wurde „sehr leicht (bis 5 kg)“ mit „selten“ angegeben, alle anderen (höheren) Gewicht e

bis Lendenhöhe und namentlich das Heben über Brusthöhe mit „nie“. Bezüglich Arbeiten über Kopfhöhe wurde „nie“ angegeben, Rotation und vorgeneigtes Sitzen „selten“ (S. 2). 5.4

Vergleicht man die über die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit vorhandenen Informationen mit dem kreisärztlichen Belastungsprofil (vorstehend E. 5.1), so erweisen sich die beiden als sozusagen deckungsgleich. Es handelte sich bei der ausgeübten Tätigkeit ganz offensichtlich um eine körperlich leichte Bürotätigkeit ohne Beanspruchung der Arme über der Horizontalen. Selbst im Rahmen von kommandierten Extradiensten kam die Beschwerdeführerin nicht in vorderer Linie zum Einsatz, sondern bearbeitete Haftfälle, was klar dem administrativen Bereich zuzuordnen ist. Bei den (gemäss Arbeitsplatzbeschreibung sehr seltenen) Hausdurchsuchungen und Verhaftungen wurde angegeben, dass sie in Zusammenarbeit mit den örtlichen Polizeikräften stattfanden, womit plausibel wird, dass sie sich nicht auf die in der Arbeitsplatzbeschreibung genannten körperlichen Anforderungen auswirkten. 5.5

Die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit entsprach vollumfänglich dem aus ärztlicher Sicht formulierten Belastungsprofil.

Da diesbezüglich eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ist die Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, dass damit ihre Leistungspflicht entfällt (vorstehend E. 2.1),

zutreffend und nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde in diesem Punkt. 6.

6.1

Bezüglich Integritätsschädigung beantragte die Beschwerdeführerin ebenfalls, es sei auf das von ihr als nötig erachtete Gutachten (betreffend Unfallkausalität der Rückenbeschwerden) abzustellen (vorstehend E. 2.2).

Die Beschwerdeführerin stellte mithin die Bezifferung des Integritätsschadens an der linken Schulter nicht in Frage, was nur schon deshalb richtig ist, weil sie auf keinerlei anderslautenden Einschätzung aus - für den Integritätsschaden als leine massgebender (vorstehend E. 1.5) - medizinischer Sicht verweisen könnte. 6.2

Soweit sie sinngemäss geltend macht, unfallkausal seien auch die Rückenbeschwerden und vermöchten allenfalls auch einen Integritätsschaden zu begründen, ist darauf zu verweisen, dass das Fehlen der Unfallkausalität der Rückenbeschwerden

zuverlässig feststeht (vorstehend E. 4.3), womit sich die Frage eines allfälligen diesbezüglichen Integritätsschadens erledigt. 6.3

Somit erweist sich der angefochtene Entscheid auch in diesem Punkt als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde insgesamt abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - CSS Versicherung AG - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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