

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00126 vom 10. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00126

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00126 du 10 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00126 del 10 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, war seit 1. September 2005 als Geschäftsführerin ihres eigenen Reinigungsunternehmens Z.____ angestellt und damit bei der Suva obligatorisch gegen Unfälle versichert, als sie am 27. September 2013 anlässlich der Reinigung eines Einfamilienhauses von der Leiter stürzte und sich am Kopf und am rechten Oberarm verletzte (vgl. Urk. 8/2; Urk. 8/7). Die Erstbehandlung fand im A.____ statt, wo die Ärzte eine dislozierte Humerusschaftfraktur rechts sowie ein Schädelhirntrauma mit subarachnoidaler Blutkollektion Fissura

Sylvii rechts diagnostizierten (Urk. 8/7 S. 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen.

Nach am 17. Oktober 2016 bei Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, erfolgter kreisärztlicher Untersuchung (vgl. Urk. 8/196) teilte die Suva mit Verfügung vom 1. November 2016 der Versicherten mit, die Leistungen für die Heilbehandlungen und Taggelder würden per 16. November 2016 eingestellt. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/201). Die dagegen am 5. Dezember 2016 erhobene Einsprache (Urk. 8/207) wies die Suva, nach Beizug eines von der IV-Stelle in Auftrag gegebene(n) polydisziplinäre(n) Gutachten(s)

(Urk. 8/216/ 5-120) und Einholung einer Stellungnahme der Versicherten (Urk. 8/218) mit Einspracheentscheid vom 24. April 2018 ab (Urk. 8/223 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. September 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 Beweissgrad 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. 1.4

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender

geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gestützt auf die medizinischen Abklärungen zu Grunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

E. 1.5

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 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 Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle anderseits 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. 1.6

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/ aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 24. April 2018 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 25. Mai 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese r sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalles vom 27. September 2013 auch nach dem 16. November 2016 zu erbringen und nach Erreichen des Endzustandes sei eine Invalidenrente von mindestens 30 % und eine Integritätsentschädigung von mindestens 15 % zuzu sprechen. Eventuell sie die Sache zur weiteren Abklärung zurückzuweisen (S. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2018 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 3. Juli 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

mit Hinweisen).

Vorliegend diagnostizierten die Ärzte des A. ___ ein Schädelhirntrauma mit subarachnoidal Blutkolektion ohne weitere intrakranielle Blutungen und gemäss CT ohne bzw. kein raumfordernder Prozess, Liquorzirkulationsstörung, Gefässdissektionen, Pneumothorax, Organläsionen und entliessen die Beschwerdeführerin am 14. Oktober 2013 nach postoperativem komplikationslosem Verlauf bei weit gehender subjektiver Beschwerdefreiheit in die weitere ambulante Betreuung (vorstehend E. 3.1).

Bereits anlässlich der Erstbehandlung wurde ein Glasgow Coma Score (GCS) von 15 ermittelt (Urk. 8/7 S. 3), was höchstens auf ein leichtes Hirntrauma hindeutet. Auch nachfolgende Kontrollen ergaben keine neurologischen Ausfälle und keine Hinweise auf ein epileptisches Geschehen (vgl. vorstehend E. 3.1 und E. 3.8), hingegen aktenkundig Hinweise auf Symptomausweitung beziehungsweise Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Somit ist das durch das Sturztrauma geprägte Beschwerdebild bereits in den ersten Monaten nach dem Unfallereignis in eine psychische Überlagerung umgeschlagen, welche schliesslich eindeutige Dominanz aufgewiesen hat.

Entsprechend gelangt die Schleudertrauma-Praxis nicht zur Anwendung. Ist die Schleudertrauma-Praxis nicht anwendbar, so ist grundsätzlich die Psycho-Praxis anzuwenden (Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 59).

Nach dem Gesagten ist die adäquate Kausalität nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu prüfen.

5. 5.1

Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Abhängig von der Unfall schwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6; SVR 2013 UV Nr. 3). 5.2

Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, 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 Unfalls; - 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 134 V 109 E.

6.1, 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). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes 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 zu berücksichtigenden 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 2001 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

Im Hinblick auf die Prüfung der Adäquanz ist zunächst der Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren, welche sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt. Nicht massgebend sind dem gegenüber Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfall geschehen zugeordnet werden können (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 61 mit Hinweis). Als banaler oder leichter Unfall gelten beispielsweise ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes, ein gewöhnlicher Sturz sowie ein Sturz auf einer Treppe. Ein schweres Unfallereignis lag vor, als eine versicherte Person aus einer Höhe von vier bis fünf Metern von einer Leiter stürzte und sich verschiedene schwere Knochenbrüche zuzog, und bei einem Absturz mit dem Gleitschirm, welcher multiple, schwerste und lebensgefährliche Verletzungen zur Folge hatte. Um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen handelte es sich, als eine Velofahrerin von einem überholenden Automobilisten an der Lenkstange touchiert wurde, zu Fall kam und mit dem helmgeschützten Kopf aufschlug, und als jemand beim Eislaufen rückwärts auf den Hinterkopf prallte (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 62 ff. mit Hinweisen). Als mittelschwerer im engeren Sinn wurden beispielsweise Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei und etwa vier Metern in die Tiefe oder selbst ein Sturz aus einer Höhe von fünf Metern mit Landung auf den Füßen qualifiziert (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 66 f. mit Hinweisen). 5.4

Vorliegend ist die Beschwerdeführerin von einer Leiter aus einer Höhe von zirka 3 Meter auf die rechte Seite gestürzt (vgl. Urk. 8/2) . Die Beschwerdegegnerin stufte das Unfallereignis als mittelschwer im engeren Sinn ein (Urk. 2 S. 13). Dieser Einstufung ist gestützt auf das objektiv erfassbare Unfallereignis sowie unter Berücksichtigung der vorstehend genannten Beispiele zuzustimmen. Die Adäquanz wäre somit nur dann zu bejahen, wenn mindestens drei der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1 mit Hinweisen). 5.5

Von besonders dramatischen Begleitumständen oder besonderer Eindrücklichkeit kann bei diesem Unfall nicht gesprochen werden. Eine ausgeprägte Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere bezüglich ihrer allfälligen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist nicht ersichtlich. So liegen keinerlei organisch ausgewiesene Unfallfolgen vor (vgl. vorstehend E. 4).

Ferner kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden beziehungsweise ist das Kriterium zumindest nicht besonders ausgeprägt erfüllt. Eine lange andauernde Behandlung bedurften nur die organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden, welche indes keine Berücksichtigung finden (vgl. Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 71 ; vgl. auch vorstehend E. 5.1). Auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen lagen nicht vor, ebenso wenig eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Zur Arbeitsfähigkeit ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführerin aus physischer Sicht,

welche vorliegend massgebend ist, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Zum Kriterium « erhebliche Beschwerden » ist festzuhalten, dass psychische und andere organisch nicht ausgewiesene Beschwerden auch dann nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind, wenn sie als körperlich imponieren (Urteile des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 und

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt. Es liege ein organisch nachweisbarer Befund vor. Bei dieser Konstellation sei die adäquate Konstellation zum Unfallereignis vom 27. September 2013 zu bejahen (S. 5 unten). Die Beurteilung durch den Kreisarzt vom 17. Oktober 2016 sei – näher ausgeführt - widersprüchlich und unvollständig. Der bildgebende Befund vom 25. Juli 2016 weise eine SLAP-Läsion nach, womit sie eigentlich als Einhändige gelte (S. 6 ff.). Aufgrund der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen decke die natürliche Kausalität sich weitgehend mit der adäquaten, weshalb sich eine Prüfung der Adäquanfrage erübrige. Darüber hinaus sei die Adäquanz-Prüfung nach der Psycho-Praxis nicht begründet. Wenn schon, sei diese nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen, im Rahmen derer mehrere Kriterien zu bejahen wären (S. 9 ff).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist damit, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 16. November 2016 (vgl. Urk. 8/201) hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht und bejahendenfalls, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung hat.

E. 3.1

5

Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin wurde am 15. September 2017 das MEDAS-Gutachten ergänzt (Urk. 8/216/5-6). Darin wurde bezüglich des chronologischen und prozentualen Verlaufs hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgehalten, auf internistischem Gebiet sei rückblickend keine seriöse Beurteilung möglich.

Die Aktenlage auf internistischem Fachgebiet sei sehr dünn und der Gesundheitszustand auf internistischem Fachgebiet sei rückblickend anhand der vorliegenden Aufzeichnungen nicht seriös zu beurteilen. Die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der bisherigen Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet gelte daher erst ab dem Zeitpunkt der internistisch-gutachterlichen Untersuchung vom 23. Juni 2017. Die aktuell festgestellte Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit (jeweils 30 %) aus psychischen Gründen bestehe – soweit rückblickend beurteilbar – seit April 2014. Das aktuelle Untersuchungsergebnis einer leichten depressiven Symptomatik decke sich weitgehend mit der Einschätzung der Ärzte der C.____. Auf orthopädischem Fachgebiet sei keine Diagnose zu stellen, die die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränken könnte. Diese Einschätzung habe, soweit rückblickend beurteilbar, Gültigkeit ab dem 17. Oktober 2016 (Untersuchung durch Dr. B.____). Die Arbeitsfähigkeit im Verlauf bis zum 17. Oktober 2016 sei rückblickend bezüglich der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet schwer einzuschätzen. 4.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen eines Triage-Konsiliums am 6. März 201

E. 3.3

Vom 1. April bis 6. Mai 2014 befand sich die Beschwerdeführerin in der C.____ stationär in Behandlung. Im Austrittsbericht vom 6. Mai 2014 (Urk. 8/46) ergänzten die Ärzte gestützt auf ein psychosomatisches Konsilium (S. 9-11) die bekannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.2) um eine Anpassungs störung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und um spezi fische (isolierte) Phobien (Akrophobie , ICD-10 F40.2; S. 1). Aus somatischer Sicht habe sich bei der letzten Röntgenkontrolle im Februar 2014 die Humerusfraktur noch nicht vollständig konsolidiert gezeigt, die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der medizinischen Phase (S. 3). Während der Rehabilitation sei eine psy chosomatische Abklärung erfolgt. Die Beschwerdeführerin klage über depressive Symptome und Ängste sowie über polymorphe und polytope Beschwerden, we lche nicht klar differenziert seien (S. 3).

Zusammenfassend habe während des Aufenthaltes keine wesentliche Verbesse rung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungs fähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training habe nur minimal gesteigert werden können. Bezüglich der gezeigten aktiven Beweglichkeit der rechten Schul ter sei insgesamt keine Verbesserung eingetreten. Zwar sei eine Besserung des physischen Zustandes erreicht worden, bei Austritt befinde sich die Beschwer deführerin noch in der Rekonvaleszenzphase und sei vollständig arbeitsunfähig (S. 4).

E. 3.4

Dr. med. univ. D.____ , Oberarzt E.____ , berichtete der Beschwerdegegnerin am 18. Juni 2014 (Urk. 8/53). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1). - c hronische Schmerzstörun gen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Anpassungsstörungen, Angst mit depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - s pezifische (isolierte) Phobien: Akrophobie (ICD-10 F40.2) - Status nach Unfall vom 27. September 2013: Dislozierte Humerusfraktur rechts - Status nach geschlossener Reposition und Marknagelosteosynthese Humerus rechts am 27. September 2013

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit Ende März 2014 in ambulanter Behandlung und Betreuung (S. 1). Nach dem Unfall habe sich die Beschwerde führerin traurig, depressiv und ängstlich gefühlt sowie über starke Schmerzen am Hinterkopf und im rechten Arm geklagt. Aus diesem Grund sei sie weiterhin vollständig arbeitsunfähig (S. 3).

E. 3.5

Nachdem die Ärzte des A.____

über einen deutlich protrahierten Verlauf mit ausgeprägten Restbeschwerden sowie eingeschränkter Schulterfunktion berichtet hatten (Bericht vom 22. Juli 2014, Urk. 8/54), wurde ein CT der rechten Schulter erstellt (Urk. 8/55 S. 2) und am 30. Juli 2014 hierzu Stellung genommen (Urk. 8/62/2-3). Die Chirurgen des A.____ nannten als Diagnose eine Pseudarthrose

Humerusschaft rechts mittleres Drittel mit/bei Status nach geschlossener Repo sition und Marknagelosteosynthese sowie eine depressive Episode (S. 1). Der klini sche Untersuchungsbefund sei unverändert zur Vorkonsultation. Die CT- Arthrographie der Schulter rechts sowie natives CT Humerus rechts vom 22. Juli 2014 zeigten eine atrophe

Pseudarthrose . Im Bereich des Schultergelenkes zeigten sich keine Hinweise für eine Rotatorenmanschettenläsion bei guter Trophik der Muskulatur, regelrechter Darstellung des Labrums

glenoidale sowie der Bizepssehne (S. 1 unten).

Entsprechend wäre aus medizinischer Sicht eine Osteosynthese materialentfernung des MultiLoc -Nagels in Verbindung mit einer Pseudarthrosenrevision , Spongiosaplastik und Plattenosteosynthese der Humerusschaftquerfraktur geplant . Die Beschwerdeführerin könne sich momentan zu diesem Eingriff noch nicht entscheiden und brauche Bedenkzeit. Zusätzlich sei die depressive Episode derzeit eher progredient (S. 2 oben).

Dem Bericht der Ärzte des A.____ vom 29. September 2014 (Urk. 8/77) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Beruf als Reinigungskraft seit dem Unfallereignis im September 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ein Wiedereinstieg sei derzeit aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Humerus

nicht absehbar. Es wäre eine Pseudarthrosenrevision mit Spongiosaanlagerung und Re-Osteosynthese des rechten Humerus geplant, aufgrund des chronischen Infektes im Bereich des Unterkiefers bei kariösem Zahnstatus bestehe jedoch ein deutlich erhöhtes perioperatives

Infektrisiko , weshalb die Operation erst nach Sanierung des Kiefers durchgeführt werden könne .

E. 3.6

Die Ärzte des E.____ berichteten der Beschwerdegegnerin am 6. November 2015 (Urk. 8/158). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei wegen chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1) , seit dem 31. März 2014 in ambulanter Behandlung, letztmalig am 26. August 2015, wobei sie unregelmässig zu den Terminen komme (S. 1). Aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren wäre eine Anmeldung für die C.____ sinnvoll (S. 3).

E. 3.7

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Februar 2016 (Urk. 8/168) stellte Prof. Dr. med. F.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, als Diagnose eine mässiggradig ausgeprägte Belastungsintoleranz im rechten Schultergelenk und gelangte zur Beurteilung, dass sich ein deutliches funktionelles Defizit des rechten Schultergelenks zeige und die Beschwerdeführerin deshalb weiter abzuklären sei. Bis zum Vorliegen der medizinischen Berichte bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 4).

E. 3.8

Am 4. April 2016 erfolgte eine neurologische Untersuchung bei Dr. med.

G.____ , Facharzt für Neurologie, welcher am 20. April 2016 darüber berichtete (Urk. 8/174). Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 1): - Status nach Sturz von der Leiter (aus 3

m Höhe) am 27. September 2013 mit/bei - distalisierte Humerusschaftfraktur rechts, Status nach geschlossener Reposition und Marknagelosteosynthese - Status nach Schädelhirntrauma mit subarachnoidaler Blutkollektion Fissura

S y lvii rechts - Aktuell: Pseudoarthrose Humerusschaft rechts mittleres Drittel - p
ersistierendes deutliches Funktionsdefizit und schmerzhaftes Bewe gungs einschränkung des
rechten Schultergelenks - d ringender Verdacht auf
Schmerzverarbeitungs-/Anpassungsstörung mit depressiver Entwicklung Aufgrund der
durchgeführten klinischen neurologischen Untersuchung und der ihm zur Verfügung
gestellten Berichte ergäben sich keine eindeutige n Anhalts punkte für ein
zugrundeliegendes organisch-neurologisches Korrelat für das ausgeprägte persistierende
Funktionsdefizit und die schmerzhaftes Bewegungseinschränkung des rechten
Schultergelenkes. Abgesehen von einer deutlichen passi ven und aktiven (vorwiegend
schmerzbedingten) Bewegungseinschränkung am rechten Schultergelenk fänden sich keine
Auffälligkeiten, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Schädigung des Plexus
brachialis , auch nicht für eine zerviko-radikuläre beziehungsweise zerviko-myeläre
Symptomatik. Die elektro phy sio logischen Untersuchungen am rechten Arm seien ohne
richtungswei sen den pathologischen Befund geblieben. Eine MRI-Untersuchung des
Schädels (durch geführt am 14. Januar 2014) habe einen Normalbefund gezeigt. Bezüglich
der rezidivierenden synkopalen Ereignisse habe im Januar 2014 im Rahmen eines
stationären Aufenthalts eine neurologische Mitbeurteilung stattgefunden. Bei dieser hätten
sich keine Hinweise auf ein zugrundeliegendes epileptisches Geschehen ergeben (S. 2). Bei
der aktuellen EEG-Untersuchung habe sich eine normale Grundaktivität und zusätzlich eine
leichtgradig erhöhte zerebrale Erreg barkeit (intermittierend kurze Abschnitte mit
generalisierten Alpha-/ Thetadys rhythmien mit bifrontozentraler Betonung), jedoch ohne
Nachwei s epilepsie typischer Potentiale gezeigt (S. 2 f.). Im Vordergrund der Beschwerden
stehe momentan eine deutliche Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise Anpas
sungs störung mit zusätzlicher depressiver Entwicklung (S. 3).

E. 3.9

Dem Bericht der Ärzte des A.____ vom 31. Mai 201

E. 3.10

Eine am 25. Juli 2016 im A.____ durchgeführte CT - Arthrographie der rechten Schulter und
des Schultergelenkes ergab nach Marknagelosteosynthese ein intaktes und nicht gelockertes
Material und kein en relevante n Überstand des Nagels sowie kein en
relevante n Knorpelschaden und sowohl eine intakte Rota torenmanschette als auch intakte
Sehnen (Bericht vom 25. Juli 2016, Urk. 8/184).

E. 3.11

Die Beschwerdegegnerin legte den Fall nochmals ihrem Vertrauensarzt Prof. F.____ vor,
welcher am 25. August 2016 (Urk. 8/187/1) zum Ergebnis gelangte, der medi zinische
Endzustand sei erreicht und der Beschwerdeführerin seien leichte bis mittelschwere
Arbeiten ganztags ohne häufige Überkopfarbeiten und ohne repetitive Belastungen sowie
Stoss- und Vibrationsbelastungen zumutbar. Ferner bestehe kein entschädigungspflichtiger
Integrations schaden (S. 1).

E. 3.12

Die Ärzte des E.____ berichteten der Beschwerdegegnerin am 1. September 2016
(Urk. 8/188). Die Beschwerdeführerin sei zuletzt am 25. August 2016 zum Termin
erschienen, der nächste Termin sei am 15. Septem ber 2016 (S. 1 oben). Bei den
psychischen Diagnosen einer chronischen Schmerz störung mit somatischen und

psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und einer Akrophobie (ICD-10 F40.2) bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 und S. 3).

E. 3.13

Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, führte nach am 17. Oktober

2016 erfolgter Untersuchung der Beschwerdeführerin in seinem gleichen tags erstellten Untersuchungsbericht (Urk. 8/196) aus, bei der heutigen Untersuchung zeige sich eine nicht nachvollziehbare Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit des rechten Arms. Weder im CT noch bei der neurologischen Untersuchung habe für die demonstrativ gezeigten Einschränkungen ein adäquates Korrelat gefunden werden können. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ab dem Untersuchungstag wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau. Lediglich Tätigkeiten über Kopf unter Last könnten nicht verrichtet werden. Diese hätten auch nach Angaben der Beschwerdeführerin und Bestätigung durch ihren Ehemann vor dem Unfall auch nicht verrichtet werden müssen. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des rechten Arms seien nicht mehr unfallkausal (S. 6).

E. 3.14

Am 8. August 2017 erstatteten die Ärzte der MEDAS H.____ (nachfolgend: MEDAS) ihr von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenes polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie (Urk. 8/216/7-65). Gestützt auf die ihnen zur Verfügung gestellten Akten und ihrer gutachterlichen Untersuchung nannten sie in der interdisziplinären Konsensbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 46 f. Ziff. 4.4.1): - Diabetes mellitus Typ 2, zuletzt unter einer 4fach-Kombinationstherapie inklusive eines langwirksamen Insulins mässig eingestellt - Adipositas Grad II an der Grenze zu Grad III - leichtgradig ausgeprägte depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer depressiven Entwicklung, im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 47 Ziff. 4.4.2): - asymptomatische Cholezystolithiasis - Zustand nach Gastritis, vorbekannte Refluxerkrankung - beidseitige Rezidiv-Varikosis bei Zustand nach beidseitiger Venenoperation - medikamentös behandelte Hyperlipidämie - vorbekannte Fettleber, alimentär bedingt und bei Diabetes mellitus - Gefühlsverminderung im

Bereich des rechten Oberarms aussen und am Fussrücken rechts - Schädel-/Hirntrauma mit subarachnoidaler Blutung, Fissura

Sylvii rechts vom 27. September 2013 - dislozierte Humerusfraktur rechts nach Leitersturz aus 3 m Höhe am 27. September 2013, versorgt mit Marknagelosteosynthese - Adipositas permagna mit völlig untrainiertem Bewegungsapparat

Die Gutachter führten aus, aktuell klagt die Beschwerdeführerin gegenüber den verschiedenen fachspezifischen Teilgutachtern über Schmerzen im Bereich der Schulter rechts sowie oberhalb des rechten Schulterblattes, über Schmerzen in beiden Hüften, rechts mehr als links, in beiden Kniegelenken und in der Wirbelsäule. Die Beschwerdeführerin fühle sich immobil und hilflos bei vor allem minderbeweglichem rechtem Arm. Beklagt worden sei ferner eine depressive Verstimmung, eine Traurigkeit, Angst vor der Höhe und

allgemeine Antriebslosigkeit (S. 46 Ziff. 4.2).

Zwischen der Aktenlage und der erhobenen Anamnese und Befunde zeigten sich keine wesentlichen Diskrepanzen. Es seien jedoch Diskrepanzen bezüglich der angegebenen Beschwerden und der objektivierbaren Befunde festzustellen. So seien aus neurologischer Sicht die angegebenen Schmerzen nicht erklärbar. Aus orthopädischer Sicht sei bis auf eine fragliche endgradige Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter über der Horizontalen keine Auffälligkeit des restlichen Bewegungsapparates festzustellen. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den gegenüber dem orthopädischen Fachgutachter geäußerten Aussagen über Schmerzhaftigkeit des Bewegungsapparates und der objektivierbaren Befunde. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben beziehungsweise des Aktivitätsniveaus der Beschwerdeführerin und den erhobenen Untersuchungsbefunden. Die geschilderten psychischen Beschwerden stimmten in ihrem Ausmass mit der gegenwärtig eher niederfrequenten Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein (S. 47 f. Ziff. 4.5).

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft von 30 %. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Nicht mehr möglich seien insbesondere schwere körperliche Tätigkeiten, Tätigkeiten in Nacht- oder Wechselschicht und auch Tätigkeiten, die ein hauptsächliches oder überwiegendes Überkopparbeiten nötig machen. Bei Diabetes mellitus sollte jederzeit die Möglichkeit gegeben sein, den Blutzucker zu messen, gegebenenfalls eine kleine Zwischenmahlzeit einzunehmen oder Insulin zu spritzen (S. 48 Ziff. 4.7 Mitte).

Ausschlaggebend für das genannte reduzierte Leistungsprofil seien die Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem und internistischem Fachgebiet. Die Leistungsfähigkeit auf psychisch gesteigerter Ebene sei durch die affektiven, formal gedanklichen und vegetativen Symptome leichtgradig beeinträchtigt, zudem bestehe eine leichte Störung der Vitalgefühle, die die psychophysische Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich leicht einschränke. Es bestünden zudem Einschränkungen in Bezug auf die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie auf die Durchhaltefähigkeit und die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Im Hinblick auf die soziale Interaktion sei die Beschwerdeführerin durch eine leicht vermehrte Irritierbarkeit (schmerzbedingt) und ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten beeinträchtigt. Eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung sei erstmals am 6. Mai 2014 festgestellt worden. Die in den Berichten des E.____ damals attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei aktuell aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar (S. 4

E. 4

(Urk. 8/36) als Diagnosen eine dislozierte distale Humerusschaftfraktur rechts, eine leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV) mit subarachnoidaler Blutkollektion in der Fissura Sylvii rechts und eine Adipositas per magna (S. 1). Zum bisherigen Heilungsverlauf wurde aus geführt, aktuell erfolge zwei Mal wöchentlich Physiotherapie, wobei hauptsächlich passive Bewegungsübungen zur Anwendung kämen. Der Zustand habe sich bisher mit der ambulanten Therapie bereits leicht verbessert (S. 2 oben). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (S. 3 Mitte). Eine Rehabilitation sei aktuell nicht empfehlenswert, da Beobachtungen gemacht worden seien, welche auf eine psychische

Problematik, möglicherweise von Krankheitswert, hinweisen würden, eine berufliche Eingliederung in absehbarer Zeit nicht realistisch erscheine sowie aufgrund des Verhaltens (Hinweise auf Symptomausweitung, kaum Bereitschaft, konkrete Aktivitätsziele zu setzen, fehlende gedankliche Auseinandersetzung mit einer Arbeitswiederaufnahme und Steigerung der Arbeitsfähigkeit, S. 3 unten).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid gestützt auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. B.____ nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2016 (vorstehend E. 3.13) von einem ab diesem Zeitpunkt erreichten Endzustand aus, was zudem auch durch das von der Invalidenversicherung aufgelegte polydisziplinäre Gutachten bestätigt worden sei (vgl. vorstehend E. 2. 1).

E. 4.2

Auf die Ausführungen von Dr. B.____ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 17. Oktober 2016 (vorstehend E. 3.13) kann abgestellt werden. So berücksichtigte er die von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen umfassend auseinander. Der Untersuchungsbericht wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen

Vorakten

abgegeben, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Er

erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.7).

Dr. B.____ gelangte in seiner sorgfältig begründeten Beurteilung unter eingehender Würdigung der medizinischen Berichte und bildgebenden Befunde zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem Untersuchungstag wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau bestehe mit der Einschränkung, dass Tätigkeiten über Kopf und unter Last nicht verrichtet werden könnten. Die von der Beschwerdeführerin gezeigten Einschränkungen der Beweglichkeit und Belastbarkeit des rechten Arms seien weder bildgebend noch neurologisch erklärbar. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des rechten Arms seien nicht mehr unfallkausal und der Endzustand sei erreicht (vorstehend E. 3.13).

Diese Feststellung deckt sich auch mit der Einschätzung der MEDAS-Gutachter (vorstehend E. 3.14), welche ebenfalls keine somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten und darauf hinwiesen, dass Diskrepanzen bezüglich der angegebenen Beschwerden und der objektivierbaren Befunde bestünden. Namentlich auf orthopädischem Fachgebiet seien keine Diagnosen zu stellen, die die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränken könnten. Gutachter Dr. med.

I.____ hielt in seinem orthopädisch/rheumatologischen Teil gutachten ausdrücklich fest, dass die Tätigkeit der Reinigerin, erst recht der Geschäftsführerin, vollschichtig zumutbar sei und es keine nennenswerte Einschränkung auf dem üblichen Arbeitsmarkt gebe (Urk. 8/216/96). Nebst dem Belastungsprofil (keine schweren körperliche Tätigkeiten, die ein hauptsächliches oder überwiegendes Überkopfarbeiten notwendig machen) verorteten die Gutachter die attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit im internistischen (Diabetes mellitus und Adipositas) und psychiatrischem Fachgebiet (chronische Schmerzstörung,

leicht gradige depressive Episode), mithin unfallfremd, wobei internistisch sich der zeitliche Bedarf für eine Blutzuckermessung und für die Einnahme einer Zwischenmahlzeit oder für die Insulinzufuhr für die Einschränkung verantwortlich zeigen (vgl. vorstehend E. 3.14).

E. 4.3

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ist weder stichhaltig noch überzeugend. Sowohl die Kreisärzte Prof. F.____ (vorstehend E. 3.7) und B.____ (vorstehend E. 3.13) als auch die MEDAS-Gutachter (vorstehend E. 3.14 und E. 3.15) legten widerspruchsfrei dar, dass die nun noch bestehenden Einschränkungen die psychisch-geistige Ebene betreffen und aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen bestimmen beziehungsweise die geäusserten Beschwerden nicht erklärbar seien (vgl. vorstehend E. 4.2). Folglich fehlt es an einer fachärztlichen Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen in organischer Hinsicht eingeschränkt wäre. In diesem Sinne sind auch die Ausführungen der Beschwerdeführerin über unberücksichtigt gebliebene Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Druckschmerz, verminderte Faustschlusskraft, Nekrose und eingeschränkter Nackengriff (vgl. Urk. 1 S. 6 f.) unerheblich. Dem CT-Befund vom 25. Juli 2016, wonach mit Kontrastmittel eine SLAP-Läsion/Subscapularis

nachgewiesen

worden sei (Urk. 1 S. 7), ist entgegenzuhalten, dass die Ärzte des A.____ anlässlich dieser Erstellung keinen relevanten Knorpelschaden, eine intakte Rotatorenmanschette und auch intakte Sehnen festgestellt haben und lediglich einen Verdacht auf einen umschriebenen posterosuperioren Labrumschaden äusserten (vorstehend E. 3.10 ; Urk. 8/184).

Schliesslich greift auch der Einwand der Beschwerdeführerin zu kurz, wonach die Beurteilung des in Deutschland praktizierenden Arztes Dr. I.____ für die Kausalitätsfrage nicht beweiskräftig sei (vgl. Urk. 1 S. 8), da deren Beantwortung bzw. Klärung den Rechtsanwendern obliegt. Ausserdem verfügt Dr. I.____ über einen Facharzttitel in Orthopädischer Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. www.medregrom.admin.ch ; abgerufen im Dezember 2019) und war dementsprechend befähigt, die orthopädische Begutachtung vorzunehmen.

E. 4.4

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten (vorstehend E. 3.14 und E. 3.15) und der schlüssigen Einschätzung des Kreisarztes folgend (vorstehend E. 3.13) ergibt sich, dass den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes Substrat zugrunde liegt, welches eine über den 16. November 2016 hinaus bestehenden Anspruch auf Leistungen nach UVG begründen würde.

Da keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vorliegen, ist somit eine spezifische Adäquanzprüfung zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Beschwerden vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 5.2). Dabei kann praxismässig die Frage nach einer natürlichen Kausalität zum versicherten Unfallereignis entsprechender Beschwerden offen bleiben, wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (BGE 135 V 465 E. 5.1).

E. 4.5

Die Beschwerdeführerin beanstandete den Fallabschluss per 16. November 2016 als verfrüht (vorstehend E. 2.2). Ein Fallabschluss ist dann vorzunehmen, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (vorstehend E. 1.4).

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 16. November 2016, mithin drei Jahre nach dem Unfallhergang, ein. In diesem Zeitpunkt befand sich die Beschwerdeführerin nebst zirka zweimal wöchentlicher Krankengymnastik (vgl. Urk. 8/216/90) monatlich in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Urk. 8/216/106).

E. 4.6

Den medizinischen Akten ist übereinstimmend zu entnehmen, dass in keinem der durchgeführten bildgebenden Verfahren beziehungsweise Untersuchungen organische Schädigungen nachgewiesen werden konnten (vorstehend E. 3.9; E. 3.10; E. 3.13; E. 3.14 f.). Hingegen wurden in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen Anpassungsstörungen, Angst und Depression gemischt (vorstehend E. 3.3), chronische Schmerzstörung (vorstehend E. 3.4; E. 3.14) und depressive Episoden (vorstehend E. 3.6; E. 3.8; E. 3.12 und E. 3.14) gestellt.

Es stellt sich die Frage, ob die Adäquanz nach der Schleudertrauma- oder nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte Psycho-Praxis) zu beurteilen ist. Aufgrund der vorliegenden Akten ist keine erlittene HWS-Distorsion ausgewiesen. Die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt sich bei einem erlittenen Schädelhirntrauma nach der Rechtsprechung nur dann, wenn dieses mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt, nicht hingegen, wenn der Schweregrad bei einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung) liegt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 sowie 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011

E

E. 6

(Urk. 8/180) lässt sich nebst der Diagnose (unklare Schmerzen und Bewegungseinschränkung Schulter rechts, Status nach Schädel-Hirntrauma mit subarachnoidaler Blutung in der Fissura

Sylvii rechts im Rahmen des 3 m Sturzes am 27. September 2013; S. 1) entnehmen, dass sich radiologisch eine vollständig konsolidierte Fraktur im Bereich des rechten Humerusschaftes und eine normale Artikulation im Bereich des Schultergelenks zeige. Es gebe keine Hinweise für eine höhergradige Arthrose im AC-Gelenk oder glenohumeral. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und auch die eingeschränkte passive Beweglichkeit könnten aufgrund der vorliegenden Befunde nicht richtig erklärt werden (S. 2).

E. 8

C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Da die nach dem Fallabschluss noch geklagten Beschwerden nicht körperlicher Natur sind, ist dieses Kriterium ebenfalls als nicht erfüllt zu erachten.

Nach dem Gesagten steht fest, dass von den sieben praxisgemässen Kriterien höchstens eines erfüllt ist. Folglich sind die bei der Beschwerdeführerin nach dem 16. November 2016

noch vorhandenen Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 27. September 2013. 5.6

Selbst die Anwendung der sogenannten Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) im Sinne einer Eventualbegründung vermag am Ergebnis nichts zu ändern, da für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs nicht drei der massgeblichen Kriterien oder eines in ausgeprägter Weise erfüllt sind (BGE 134 V 109 E. 10.3; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100).

Unbestritten lagen beim Unfallereignis weder besonders dramatische Begleitumstände vor oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfallgeschehens, noch liegt eine schwere oder besondere Art der Verletzung vor. Auch ist keine nach dem Unfall fortgesetzte spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung notwendig gewesen. Nach dem Aufenthalt von einigen Tagen in der erstbehandelnden Klinik (vorstehend E. 3.1) folgte eine stationäre Rehabehandlung (vorstehend E. 3.3). Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2008 vom 16. Mai

2008 E. 9.3.3). Die Beschwerdeführerin machte auch lediglich geltend, dass die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs sowie des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit gegeben seien (Urk. 1 S. 11). Dem ist entgegenzuhalten, dass das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu verneinen ist, wenn die Angaben der Versicherten nicht glaubhaft sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_807/2008 vom 15. Juni 2009 E. 7.5), was sich hier bei der dokumentierten Diskrepanz zwischen Beschwerden und objektivierbaren Befunden deutlich zeigt. Dasselbe gilt hinsichtlich des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, wurde doch bereits früh der somatische Anteil an der Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen und die Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht mit lediglich 30

Prozentpunkten gewichtet.

Ausserdem lässt die Behandlungsintensität gemäss den Ausführungen der Ärzte des E. ____ nicht auf einen hohen Leidensdruck und damit nicht auf eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen schliessen (vgl. vorstehend E. 3.6, E. 3.12). 5.7

Nach dem Gesagten sind jedenfalls auch in Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nicht drei der sieben Kriterien oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt, sodass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. September 2013 und den noch geklagten Beschwerden zu verneinen ist. Lagen somit (auch) im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (April 2018) keine unfallkausalen Beeinträchtigungen mehr vor, erweist sich auch der Einwand des angeblich verfrühten Fallabschlusses (vgl. vorstehend E. 2.2) als nicht stichhaltig.

Der massgebliche medizinische Sachverhalt ist folglich genügend abgeklärt (Urteil des Bundesgerichts 8C_838/2011 vom 20. März 2012 E. 4.2 mit Hinweisen). Bei dieser Ausgangslage kann dementsprechend auf weitere Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt wurden (vgl. Urk. 1 S. 2), in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. 6.

Nach dem Gesagten ist der Endzustand per 16. November 2016 erreicht und die noch geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin sind nicht unfallkausal, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen eingestellt hat. Lediglich

Tätigkeiten über Kopf unter Last sind der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft. Da solche Tätigkeiten bereits vor dem Unfall durch die Beschwerdeführerin nicht verrichtet werden mussten (vgl. vorstehend E. 3.13), erübrigt sich eine genaue Invaliditätsbemessung. Bei diesem Ergebnis besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Ebenfalls ist gestützt auf den erstellten medizinischen Sachverhalt keine Integritätsentschädigung zu gewähren, da die Beschwerdeführerin nachweislich keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG erlitt und eine solche auch von Prof. F. ___ verneint wurde (vgl. vorstehend E. 3.11).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y. ___ - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 Mosimann Brühwiler

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