

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00216**

## **vom 7. Januar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00216)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00216 du 7 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00216 del 7 gennaio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1959, war seit August 2005 als hauswirtschaftliche Ange stellte in einem Beschäftigungsgrad von 40 % bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Unfallversicherung der Stadt Zürich (nachfolgend: Unfallversicherung) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 22. Dezember 2015 zu Hause stolperte und sich an der rechten Schulter verletzte (Unfallmeldung vom 28. Dezember 2015; Urk. 8/G1). Anlässlich des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin im Z.\_\_\_\_ wurde eine sub k apitale dislozierte Humerusfr aktur mit Abriss des Tuberculum

majus diagnostiziert (Urk. 8/M3 S. 1), welche am 23. Dezember 2015 mittels offener Reposition und Osteo synthese operativ versorgt wurde (Urk. 8/M2) . Die Unfallversicherung leistete Taggelder und Heilungskosten. Der Versicherten wurde am 20. September 2017 per 31. Dezember 2017 gekündigt (Urk. 8/G56).

Mit Verfügung vom 1. Februar 2018 (Urk. 8/G68) stellte die Unfallversicherung die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2018 ein und verneinte einen An spruch der Versicherten auf ein e Integritätsentschädigung. Dagegen er hob der Krankenversicherer am 13 . Februar 2018 (Urk. 8/ J 1) vorsorglich Einsprache, welche er am 27. Februar 2018 zurückzog (Urk. 8/J4). Die von der Versicherten am 27. Februar 2018 (Urk. 8/J3) erhobene und am

#### **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 ver wirklicht 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 v or, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereig net haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangs bestimmungen).

Der hier zu be urteilende Unfall hat sich am 22. Dezember 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenenen 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). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

## **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 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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

## **E. 1.4**

). 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).

## **4.4**

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

#### 4.5

Die Beschwerdeführerin erlitt am 22. Dezember 2015 einen Stolpersturz (vgl. Urk.

8/G1) und damit einen leichten Unfall. Dass sie sich dabei eine Humerusfraktur zuzog, führt nicht zu einer anderen Einordnung des Unfallereignisses, dies insbesondere nachdem eine Humerusfraktur rechtsprechungsgemäss nicht als schwere oder besonders geartete Verletzung gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 11.2). Somit ist der adäquate Kausalzusammenhang zu den organisch nicht erklärbaren Beschwerden zu verneinen. Entgegen der medizinischen Beurteilung durch die Gutachter des A. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10) ist auch eine Teilkausalität zu verneinen.

Für die über den 31. Januar 2018 noch bestehenden Beeinträchtigungen trifft die Beschwerdegegnerin somit keine Leistungspflicht.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Unfallversicherung Stadt Zürich - 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 MosimannLienhard

#### **E. 1.5**

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, insbes. 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 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde 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. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 1.7**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Nach dem Unfallereignis habe ein protrahierter Heilverlauf mit zahlreichen Behandlungen und Therapieversuchen bestanden (S. 1).

Gestützt auf ein Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 21.

Dezember 2017 sei von einer unfallfremden dysfunktionalen Schmerzverarbeitung auszugehen, welche allenfalls auf

einer psychiatrischen Erkrankung basiere. Lediglich die Narbenbildung könne auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, wobei diese weder Beschwerden verursache noch eine Behandlung benötige. Die beklagten intensiven Schmerzen aufgrund der wiederholten Operationen und infolgedessen postulierbaren Schädigungen von Weichteilgeweben und kleinsten Nerven beurteilten die A.\_\_\_\_-Gutachter als teilunfallbedingt (S. 4 unten f.). Gemäss Gutachter habe die Versicherte ihre bisherige leichte, in einem Teilpensum geleistete Tätigkeit drei Monate nach der letzten Operation wieder verrichten können, dies auch zu 100%. Der medizinische Endzustand sei erreicht. Die somatische nicht zuzuordnenden Schmerzen seien nicht adäquat kausal zum Unfallereignis, da es sich um einen banalen Unfall gehandelt habe (S. 5). Die rein schmerzbedingte Funktionseinschränkung überschreite die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht (S. 6).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, dem A.\_\_\_\_ hätten die vor Erstellung des Gutachtens vorhandenen Akten der B.\_\_\_\_ vorgelegen. Die zwei später ergangenen Berichte hätten nicht zu einer anderen inhaltlichen Beurteilung geführt, da es sich um reine Interventionsberichte gehandelt habe. Die Gutachter des A.\_\_\_\_ hätten sämtliche medizinischen Berichte beachtet (S. 3). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), die Gutachter des A.\_\_\_\_ hätten nicht alle medizinischen Akten berücksichtigt, weshalb der Sachverhalt nicht korrekt abgeklärt worden sei. Dass die Beweglichkeit ihrer Schulter anlässlich einer Anästhesierung des Gelenks angeblich nicht mehr eingeschränkt gewesen sei, stehe weiter nicht für eine Verbesserung des Gesundheitsschadens (S. 3). Es sei auf die Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen, welcher eine Integritätsentschädigung von 15% postuliere. Weiter hätten ihre massiven Schulterschmerzen es ihr bei den Testverfahren verunmöglicht, ein höheres Leistungsvermögen zu zeigen. Zudem treffe es nicht zu, dass sie, wie die Gutachter behaupteten, keine oder nur gelegentlich Schmerzmittel zu sich nehmen. Auch sei die voraussehbare Verschlechterung, insbesondere eine unfallkausale Arthrose, nicht berücksichtigt worden (S. 4).

2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen weiteren Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat. 3.

### **E. 3**

April

2018 (Urk. 8/J6) ergänzte Einsprache wies die Unfallversicherung mit Einspracheentscheid vom 11. Juli 2018 ab (Urk. 8/J8 = Urk. 2). 2.

Am 13. September 2018 erhob die Versicherte Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 11. Juli 2018 (Urk. 2) und beantragte dessen Aufhebung sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Oktober 2018 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in

Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ stellten mit Austrittsbericht vom 26. Dezember 2015 (Urk. 8/M3) die nachfolgend verkürzt wiedergegebene n Diagnosen (S. 1): - subcapitale , dislozierte Humerusfraktur mit Abriss des Tuberculum

majus - Periarthritis humeroscapularis rechts Erstdiagnose August 2014 - Impingement subacromial und subkorakoidal , anterior akzentuierter Reizzustand (MRI 17. März 2015)

Der operative Eingriff habe ohne Komplikationen durchgeführt werden können und der postoperative Verlauf sei unter physiotherapeutischer Beübung unauf fällig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe bei reizlosen und trockenen Ver hält nissen in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können (S. 1 unten).

Eine Verlaufskontrolle vom 2. Februar 2016 durch Dr. med. D.\_\_\_\_ , Leiten der Arzt Traumatologie / Orthopädie (Urk. 8/M4) , ergab sechs Wochen nach der Operation noch eine Rest-Schmerzhaftigkeit und eine deutliche Bewegungsein schränkung bei präoperativ bestandener Physiotherapie gegen eine Capsulitis . Radiologisch bestehe jedoch ein problemloser Verlauf.

### **E. 3.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trauma to logie des Bewegungsapparates , diagnostizierte mit Bericht vom 21.

April 2016 (Urk. 8/M6) Restschmerzen bei Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer proximalen Drei-Part-Fraktur des Humerus rechts sowie einen Status nach Frozen

shoulder bei Impingement Schulter rechts (S. 1). Die Beschwerdeführerin berichte über persistierende, relativ starke Schmerzen, welche sich sehr ähnlich oder gleich anfühlten wie die Schmerzen, welche durch die Frozen

shoulder verursacht worden seien. Perorale Analgetika würden nach Möglichkeit nicht verwendet . Der Befund und die Schultersonographie hätten eine ausgeprägte Druck dolenz im antero -lateralen Deltabereich über der Platte ergeben, ebenso etwas Flüssigkeit in der Bursa subacromialis sowie eine AC-( Acromio-Claviculargelenk )

Arthrose (S. 1). Anzeichen für eine erneute adhäsive Capsulitis fänden sich nicht. Die Schmerzen schienen eher durch den Status nach Osteosynthese und mög li cherweise durch Irritationen der Weichteile ( verursacht durch die Platte ) zu ent stehen. Bei weiteren Beschwerden wäre eventuell die Entfernung der Platte zu diskutieren (S. 2).

### **E. 3.3**

Am 20. September 2016 (Urk. 8/M15) hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, es fänden sich keine Entzündungszeichen und kein Druckschmerz. Alle Schulterbewegungen seien relativ schmerzhaft (S. 1). Die Schmerzlokalisierung sei weiterhin der antero -laterale Deltabereich. Es sei eine subacromiale Steroidinjektion zur Therapie der persistierenden, wahrscheinlich entzündlich bedingten Schmerzen durchgeführt worden; im Verlauf einer Woche sollte mindestens eine Symptomreduktion um 50 % eintreten (S. 2). Mit Bericht vom 27. September 2016 (Urk. 8/M16) führte Dr.

E.\_\_\_\_ aus, es zeige sich eine Woche nach der Steroid-Injektion keine wesentliche Besserung der Symptomatik. Die Untersuchung weise auf eine erneute postoperative adhäsive Kapsulitis hin, weshalb er eine intraartikuläre Steroid-Injektion unter sterilen Kautelen vorgenommen habe.

Dr. E.\_\_\_\_

berichtete am 1. November 2016 (Urk. 8/M19), die letzte Steroid-Injektion habe einen positiven Effekt erbracht, die Symptomatik sei jedoch seit einigen Tagen wieder progredient. Er habe deshalb eine Steroid-Injektion direkt an die lange Bizepssehne durchgeführt. Eine erneute Untersuchung vom 10.

November 2016 (Urk. 8/M20) ergab, dass die Symptomatik weiterhin ausgeprägter sei als vor der intraartikulären Injektion. Die Beschwerdeführerin wolle diese nochmals durchführen lassen. Sollte dies keine Besserung bringen, sei eine Re-Arthroskopie notwendig.

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beantwortete am 22. November 2016 (Urk. 8/M17) die Frage, ob die heutigen Beschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom 22. Dezember 2015 zurückzuführen seien, mit « eher nicht » (Ziff. 2). Eine Bewegungseinschränkung nach dieser schweren Humeruskopf-Fraktur könne als normal angesehen werden (S. 1 unten).

### **E. 3.5**

Am 30. November 2016 wurde eine diagnostische Schulterarthroskopie rechts, eine Tenotomie der langen Bizepssehne und eine offene subpectorale

Tenodese der langen Bizepssehne mit dem Biceps-Button durchgeführt (Urk. 8/M23).

Mit Verlaufsbericht vom 15. Dezember 2016 (Urk. 8/M22) führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, es zeige sich zwei Wochen postoperativ bereits ein sehr erfreulicher Verlauf mit Regredienz eines Grossteils der präoperativ noch existenten Schmerzen im Bereich des Sulcus

bicipitalis. Auch die Wundschmerzen hätten gut abgenommen. Sechs Wochen postoperativ habe sich ein weiterhin positiver Verlauf gezeigt, wenngleich die einschränkenden Schmerzen wieder etwas progredient seien. Dies sei einerseits auf die vermehrte Mobilisation und Aktivierung der rechten Schulter zurückzuführen, andererseits möglicherweise mental bedingt durch die Stresssituation mit Hospitalisation des Ehemannes (Urk. 8/M25 S. 2). Aufgrund der persistierenden Schmerzen veranlasste Dr. E.\_\_\_\_ in der Folge eine Abklärung betreffend eines Low-grade-Infekts (Urk. 8/M26 S. 2). Die mikrobiologische Untersuchung habe jedoch keinen positiven Befund ergeben. Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf Low-grade-Infekt werde eine kombinierte Antibiose durchgeführt (Urk. 8/M28).

### **E. 3.6**

Am 26. April 2017 führte Dr. E.\_\_\_\_ eine weitere Arthroskopie mit Entnahme von Gewebeproben durch (vgl. Urk. 8/M35) und führte mit Bericht vom 23. Mai 2017 (Urk. 8/M29) aus, es werde die Antibiose durchgeführt. Mit einem weiteren Bericht vom 20. Juni 2017 (Urk. 8/M34) hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, die Schulterschmerzen seien vier Wochen nach Beginn der Antibiose unverändert (S. 2). Es sei inspektorisch eine Atrophie der rechten

Schultermuskulatur festzustellen (S. 1).

### **E. 3.7**

Dr. C.\_\_\_\_ erstattete am 29. August 2017 (Urk. 8/M38) einen medizinischen Bericht zuhanden der Beschwerdeführerin und führte aus, die Beschwerdeführerin habe massive Beschwerden im rechten Schultergelenk. Die Beweglichkeit sei einerseits schmerzhaft, andererseits recht bescheiden mit einer Flexion von 90

Grad, einer Abduktion von 45 Grad und dabei einer Aussen-Innen-Rotation von 15-0-15. Das Schultergelenk sei extrem berührungsempfindlich. Die erhobenen Befunde seien ausschliesslich auf das Ereignis vom 22. Dezember 2015 zurückzuführen. Es handle sich um einen extrem protrahierten schmerzhaften Verlauf, wobei die Grundfrage gestellt werden müsse, wann der Infekt gesetzt worden sei, eventuell bereits anlässlich der ersten Operation, was aber nicht mehr bewiesen werden könne. Es sei kein Vorzustand verschlimmert worden (« entfällt » ; S.

2). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Y.\_\_\_\_ -Mitarbeiterin Hauswirtschaft wie auch in jeder anderen Tätigkeit arbeitsunfähig. Jegliche Arbeit über der Horizontalen sowie das Tragen schwerer Lasten sei nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei nicht einmal in der Lage, ihren Haushalt korrekt zu führen. Auch einfachste repetitive Arbeiten könnten mit diesem Schultergelenk nicht durchgeführt werden (S. 3). Ob von einer weiteren Behandlung noch eine wesentliche Besserung zu erwarten sei, könne noch nicht beantwortet werden. Sollte keine weitere Therapie mehr notwendig werden, könnte er sich durch aus vorstellen, dass per Ende 2017 der Endzustand festzustellen sei (S. 4). Die Beschwerdeführerin habe Anrecht auf eine Integritätsentschädigung. Bei dieser schlecht beweglichen und sehr schmerzhaften Schultersituation könne Tabelle 1.2 beigezogen werden und hier sei höchstens von einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen auszugehen, was einer Integritätsentschädigung (richtig: Integritätsschädigung) von 15 % entspreche (S. 5).

### **E. 3.8**

Dr. E.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 12. September 2017 (Urk. 8/M39) folgende Diagnosen (S. 1): - Restschmerzen Schulter rechts bei - Status nach Re-Re-Arthroskopie und Entnahme von Gewebeproben zur mikrobiologischen Untersuchung am 26. April 2017 bei - Status nach Re-Arthroskopie Schulter rechts und offener, subpektoraler Tenodesen der LBS am 30. November 2016 bei - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit zirkumferenter

Kapsulotomie, subacromialem

Débridement, Adhäsiolyse und Acromioplastik sowie offener OSME einer Philosplatte am proximalen Humerus rechts am 13. Juli 2016 bei - Restschmerzen bei Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer proximalen Drei-Part-Fraktur des Humerus rechts - Status nach Frozen

shoulder bei Impingement Schulter rechts Die rechte Schulter sei 8 Wochen nach Sistieren der Antibiotika-Therapie unverändert symptomatisch mit Bewegungsschmerzen bei geringstem Ausmass der Mobilisation (S. 1). Die Beschwerdeführerin solle die Therapiemöglichkeiten mit dem Schmerztherapeuten besprechen (S. 2).

### **E. 3.9**

Am 16. Oktober 2017 (Urk. 8/M40) fand an der B.\_\_\_\_ eine ultra schall -gesteuerte Anästhesie des Plexus brachialis in der Scalenuslücke rechts mit Mobilisation des Schultergelenks statt. Die Beschwerdeführerin sei bei Entlassung schmerzfrei und die Gelenkbeweglichkeit frei gewesen. Die Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit sei somit ausschliesslich schmerzbedingt, es bestehe keine mechanisch bedingte Einschränkung.

Eine hinsichtlich der Frage eines Low grade-Infekts und allenfalls einer Nekrose am 1. Dezember 2017 durchgeführte 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-/CT ergab keine Hinweise auf eine Osteomyelitis des proximalen rechten Humerus und eine vollständige Konsolidationen der stattgehabten proximalen Humerusfraktur rechts ohne Hinweise auf eine Femurkopfnekrose (Urk. 8/M44).

Am 4. Dezember 2017 wurden eine Plexusblockade zur Gelenkmobilisation und eine Neuromodulation rechts durchgeführt (Urk. 8/M42).

### **E. 3.10**

, E. 3.5, E. 3.9 ). 4.2

Die Gutachter des A.\_\_\_\_ hielten fest, dass die intensive Schmerzproblematik anatomisch-strukturell nicht erklärbar sei. Ein persistierender Infekt habe nicht nachgewiesen werden können, ebenso seien keine peripheren Nervenverletzungen dokumentiert oder klinisch objektivierbar, und es liege keine Frozen

shoulder vor.

Ein unfallbedingtes organisches Korrelat für die verbleibenden Schmerzen der Beschwerdeführerin fand sich somit spätestens Ende 2017 nicht mehr. Der Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_, der die Befunde ausschliesslich auf das Unfallereignis vom 22. Dezember 2015 zurückführte, kann demgegenüber nicht gefolgt werden, da dieser tatsachenwidrig davon ausging, es sei eine Infektion aufgetreten (vgl. vorstehend E. 3.7 ). Dies setzt den Beweiswert seiner Expertise entscheidend herab. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass er sich bei seinem Bericht vor allem auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Diese wurden auch von den Gutachtern des A.\_\_\_\_ berücksichtigt, die jedoch die Angaben der Beschwerdeführerin einer Würdigung unterzogen und darauf hinwiesen, dass sich eine Schmerzangabe von mindestens 9 auf der VAS nicht mit dem unauffälligen, nicht leidenden Verhalten der Beschwerdeführerin während der Anamneseerhebung vereinbaren lässt (vgl. S. 12 Mitte und S. 18 Mitte des Gutachtens).

4.3

Da keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vorliegen, ist somit eine spezifische Adäquanztprüfung zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Beschwerden vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_170/2015 vom 29.

September 2015 E.

5.2 ; vgl. vorstehend E.

### **E. 3.11**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, führte am 15. Februar 2018 (Urk. 8/M46) aus, dass die beidseitig ausgeprägten Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit schmerz- und nicht mechanisch bedingt seien. Entgegen der Beurteilung durch die

Beschwerdegegnerin könne daraus jedoch nicht gefolgert werden, dass die Beschwerdeführerin gesund und arbeitsfähig wäre. Auch lasse sich nicht schliessen, dass es sich um eine somatoforme Schmerzstörung handle, denn eine solche wäre mittels Plexusanästhesie nicht blockierbar. Es müsse von einem neuropathischen Schmerzleiden ausgegangen werden, welches mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge mit sich daraus ergebenden wiederholten Operationen zu betrachten sei (S. 2). Es verbleibe noch die Evaluation neuromodularer Massnahmen, insbesondere der Neurostimulation des Rückenmarks mittels Einlage epiduraler Elektroden, wofür um Kostengutsprache ersucht werde (S. 3).

Am 4. April 2018 wurden der Beschwerdeführerin zwei epidurale Stimulations elektroden zur diagnostischen Neurostimulation eingelegt (Urk. 8/47).

### **E. 3.12**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Bericht des Vertrauensarztes der Pensionskasse, Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, vom 28. März 2018 (Urk. 3) ein. Dr. G.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin verrichte zuhause leichtere Reinigungsarbeiten.

Schwerere Verrichtungen wie schwerere Wäsche besorgen, Staub saugen, Überkopfarbeiten besorge ihre Familie. Aktuell nehme sie täglich Dafalgan und Novalgin ein (S. 4). Die Prognose für die angestammte Tätigkeit sei ungünstig. In einer Verweistätigkeit sei kaum von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 5). 4.

#### **4.1**

Die Beschwerdeführerin erlitt am 22. Dezember 2015 einen Bruch des Oberarmknochens mit Abriss des Knochenvorsprungs (Tuberculum

majus). Muskeln, Bänder oder Sehnen wurden dabei nicht verletzt (vgl. vorstehend E. 3.1). Dass die Beschwerdegegnerin gut zwei Jahre nach diesem Unfallereignis ihre Leistungen per 31. Januar 2018 einstellte, wird von der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht bestritten und ist angesichts des Umstands, dass im Oktober 2017 eine mechanisch bedingte Einschränkung nicht mehr bestätigt werden konnte, nicht zu beanstanden.

Auch eine Infektion wurde nicht nachgewiesen (vgl. vorstehend E.

### **E. 7**

mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzu knüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b / aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

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