

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00045 vom 9. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00045](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00045)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00045 du 9 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00045 del 9 agosto 2019

## Erwägungen

### E. 1

Die 1967 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 1. Mai 2015 bei der Z.\_\_\_\_ GmbH angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 30. September 2015 rutschte sie am 17. September 2015 aus und fiel auf die rechte Seite

(Urk. 10/1). Ihr Hausarzt, Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 10. Dezember 2015 (Erstbehandlung am 22. September 2015) eine SLAP-Läsion Typ II bei schmerzhafter eingeschränkter Schulterbeweglichkeit rechts und fehlenden Anhaltspunkten für ossäre Läsionen im Röntgenbefund (Urk. 10/13). Im Verlauf wurde die Versicherte durch den Kreisarzt der Suva am 13. April 2017 untersucht (Urk. 10/89). Mit Verfügung vom 25. April 2017 schloss die Suva den Fall in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin

nach dem Unfallereignis ebenfalls geklagten Rückenschmerzen ab und verneinte mangels Unfallkausalität einen Leistungsanspruch (Urk. 10/93). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Nach einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ im Sommer 2017 (Urk. 10/108) und neuerlicher ärztlicher (Akten-)Beurteilung (vgl. Urk. 10/144 sowie Urk. 10/161) stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 20. August 2018 per 1. September 2017 mit der Begründung ein, die geklagten Beschwerden seien nicht unfallkausal (Urk.

10/180). Die dagegen erhobene Einsprache (vom 13. September 2018, Urk. 10/182), wies sie mit Einspracheentscheid vom 14. Januar 2019 ab (Urk.

### E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten 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, je mit Hinweisen). Dem entsprechend 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 17. September 2015 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**

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 entfiel (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).

### **E. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

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 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).

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).

#### **E. 1.5**

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).

#### **E. 1.6**

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 Versicherungsträger alleine 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. 1.7**

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 Adäquanfrage 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 die sem 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, insbe sondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezem ber 2014 E. 3). 2.

## **E. 2**

Dagegen liess die Versicherte am 1 4. Februar 2019 Beschwerde ( Urk. 1) erheben und beantragen, es seien ihr die Versicherungsleistungen zu erbringen, eventua liter sei der Fall zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 1 1. Juni 2019 ( Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführe rin mit Verfügung vom 1 2. Juni 2019 mitgeteilt wurde ( Urk. 12).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) erwog die Beschwerdegegnerin im Wesent lichen, bezüglich der Rücke nbeschwerden sei bereits rechtsk räftig entschieden worden, dass diese nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereig nis vom 1 7. September 2015 stünden. Der beratende Kreisarzt sei in der kreis ärztlichen Beurteilung vom 2 2. November 2017 zum Schluss gekommen, die geklagten Schulterbeschwerden würden nicht durch die anerkannten Unfallfol gen verursacht, sondern seien durch eine degenerative Grunderkrankung zu erklären. Es bestünden keine ärztlichen Berichte, welche dieser Einschätzung widersprechen würden , und es sei darauf abzustellen, weshalb die nun an der Schulter erhobenen Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 1 7. September 2015 stünden. Die Beschwerdeführerin habe einen leichten Unfall erlitten und es bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem und den nun gel tend gemachten psychischen Beschwerden. Für die Beurteilung von Versiche rungsleistungen seien lediglich die unfallbedingten Einschränkungen an der rechten Schulter zu berücksichtigen, nicht aber die unfallfremden Beeinträchti gungen der Beschwerdeführerin. Der beratende Arzt habe festgestellt, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr unfallbedingt in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschrän kt sei , und auch die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ hätten sie in ihrer ange stammten Tätigkeit wieder für arbeitsfähig eingeschätzt . Darauf sei abzustellen, zumal nach dem Austritt aus der Rehaklinik B.\_\_\_\_ nur noch eine Behandlung der unfallfremden Beschwerden stattgefunden habe. Mit Austritt aus der Rehakli nik B.\_\_\_\_ am 1 4. Juni 2017 sei damit der medizinische Endzustand erreicht und die Arbeitsfähigkeit in de r angestammten Tätigkeit wieder hergestellt gewe sen, weshalb die Versicherungsleistungen zu Recht per 1. September 2017 einge stellt worden seien und die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Inva lidenrente habe.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend ( Urk. 1), dem Einsprache entschei d der Beschwerdegegnerin könne nicht gefolgt werden. Entgegen deren Ausführungen sei sie nicht (ausschliesslich) für Bürotätigkeit en im Betrieb ihres Mannes angestellt gewesen. Dieselben hätten lediglich 20 % ihrer Arbeitstätigkeit ausgemacht, die restliche Arbeitszeit habe sie auf den Baustellen gearbeitet und Waren transportiert, was ihr aufgrund ihrer verletzten Schulter nicht mehr mög lich sei. Seit dem Unfall leide sie an persistierenden Schulterschmerzen, welche sie zuvor nicht gehabt habe. Deswegen habe sich sie in

Behandlung begeben und auch psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Ihre behandelnden Ärzte würden sie für ihre angestammte Tätigkeit nicht mehr für arbeitsfähig befinden. Die Einschätzung des Kreisarztes der Beschwerdegegnerin und die Beurteilung der Fachärzte würden unterschiedlich ausfallen, weshalb die Angelegenheit zurückzuweisen und weiter abzuklären sei.

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort liess die Beschwerdegegnerin ergänzend vortragen, dass die Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Abklärungen der Invalidenversicherung in einer körperlich leichten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Bei einem Einkommensvergleich gestützt auf die LSE resultiere dabei keine Erwerbs einbusse ( Urk. 9). 3.

### **E. 3**

Mit Urteil heutigen Datums hob das hiesige Gericht die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. April 2019 betreffend Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung ( Urk. 11/4) auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück (Prozess IV.2019.00324).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin gab in ihrer Unfallmeldung vom 30. September 2015 an, am 17. September 2015 ausgerutscht und auf die rechte Seite

gefallen zu sein, woraufhin ihre rechte Schulter angeschwollen sei ( Urk. 10/1). Die medizinische Erstbehandlung fand am 22. September 2015 durch den Hausarzt der Versicherten, Dr. A.\_\_\_\_ statt. Dieser stellte eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter fest und diagnostizierte eine SLAP-Läsion Typ II mit Tendinopathie der Supraspinatussehne nach Trauma am 16. [recte: 17.] September 2015 bei einem Röntgenbefund ohne Anhaltspunkte für ossäre Läsionen. Er attestierte der Beschwerdeführerin ab dem Unfalldatum bis voraussichtlich Ende Januar 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 10/13).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin befand sich daraufhin zur Behandlung und Physiotherapie im Stadtspital C.\_\_\_\_. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellvertretender Chefarzt Stadtspital C.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 2. Dezember 2015 ebenfalls die Diagnose einer SLAP-Läsion Typ II. Er befand, die Schulterfunktion habe sich unter der Physiotherapie deutlich gebessert, die Beschwerdeführerin habe aber zum Teil immer noch Beschwerden. Flexion/Abduktion sowie Elevation seien langsam, aber praktisch vollständig möglich mit ebenfalls gut möglicher Innen- und Aussenrotation beim Schürzen- und Kragengriff und es bestehe ein deutlich gebessertes Bewegungsmuster im Vergleich zur Voruntersuchung vom 21. Oktober 2015 ( Urk. 10/16).

Aufgrund der am 8. Februar 2016 durchgeführten MR-Arthrographie stellte Dr. D.\_\_\_\_ eine persistierende SLAP-Läsion (stationäre Labrumläsion mit Einriss in den Bizepsanker) bei aber rückläufiger Tendinopathie der Supraspinatussehne und einer intakten Rotatorenmanschette fest. Da es der Beschwerdeführerin deutlich besser gehe, könne die Therapie konservativ weitergeführt werden (Urk. 10/28).

Am 18. Mai 2016 berichtete Dr. D.\_\_\_\_, die Situation im Bereich des rechten Schultergelenks habe sich seit der letzten Konsultation nochmals gebessert. Neu habe die Beschwerdeführerin aber starke Rückenschmerzen, welche sie im Alltag einschränken würden, weshalb er sie an die Rheumaklinik verwiesen habe (Urk. 10/53).

### **E. 3.3**

Am 8. April 2017 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, untersucht. Dieser stellte fest, die Beschwerdeführerin beklage Schmerzen über die ganze Schulter bis zum Nacken und den Brustmuskeln. Die verhärtete Muskulatur paravertebral und im Schultergürtel lasse zusammen mit der eingeschränkten Beweglichkeit und dem MRI auf ein Problem mit der unteren Halswirbelsäule schliessen. Wenn sich dies bestätige, könne der Unfall nicht mehr Hauptursache der geklagten Beschwerden sein. Zusätzlich bestehe ein moderates Impingementsyndrom der rechten Schulter (Urk. 10/95).

### **E. 3.4**

Am 13. April 2017 wurde die Beschwerdeführerin durch den Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Dieser führte in seinem Bericht aus, die Beschwerdeführerin betone im Verlauf der Untersuchung zunehmend ihre Beschwerden und auch bei minimalen Bewegungen äussere sie starke und medizinisch nicht erklärbare Schmerzen der Schulter und des rechten Oberarmes. Erklärbar durch die erlittene Läsion seien hingegen die verminderte Kraft beim Palm-up-Test und die diskret verminderte Beweglichkeit. Insgesamt zeige sich aber eine recht gute Schulterbeweglichkeit. Es sei eine stationäre Rehabilitation zu empfehlen. Da noch nicht überwiegend wahrscheinlich von einem Endzustand ausgegangen werden könne, werde noch kein Zumutbarkeitsprofil erstellt (Urk. 10/89).

### **E. 3.5**

Vom 10. Mai bis 14. Juni 2017 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ auf. Nebst der SLAP-Läsion Typ II diagnostizierten die Ärzte ein seit Jahren bekanntes Panvertebralsyndrom, eine Anpassungsstörung, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas (Urk. 10/108 S. 1 f.). Beim Eintritt habe sich die rechte Schulter inspektorisch altersentsprechend unauffällig präsentiert. Palpatörisch sei ein Druckschmerz am Tuberculum

mayus festzustellen. Es bestünden diskret pathologische Impingementzeichen nach Jobe (Urk. 10/108 S. 9). Zwei Jahre nach dem Sturz auf die rechte Schulter, bei der sich die Beschwerdeführerin eine SLAP-Läsion Typ II zugezogen habe, zeige sich ein zögerlicher Heilungsverlauf. Die Beschwerdeführerin klage über Blockaden und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter, insgesamt zeige sich eine Kraftminderung im Schulter-/Nackengebiet. Kraft und Beweglichkeit hätten im Trainingsprogramm auf niedrigem Niveau gesteigert werden können. Die Beschwerdeführerin sei aber zu sehr in ihrem Schmerz verhaftet, sodass keine weitere Verbesserung zu erzielen gewesen sei. Die Lokalisation der Schmerzen wechsle von der Schulter über die Wirbelsäule bis zu Kopfschmerzen, ohne dass neurologisch radikuläre Ausfälle erhebbare gewesen seien (Urk. 10/108 S. 4).

Die Ärzte stellten weiter fest, dass eine mässige Symptomausweitung bestehe (Urk. 10/108 S. 2); die demonstrierten physischen Einschränkungen liessen sich mit den

objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Das Beschwerdebild werde durch ein dysfunktionales Umgangs- und Bewältigungsmuster deutlich überlagert ( Urk. 10/108 S. 4). Die angestammte Tätigkeit als Büroangestellte im Betrieb des Ehegatten sei der Beschwerdeführerin ganztags zumutbar. Als Einschränkung sei zu beachten, dass im aktuellen Zeitpunkt nur maximal leichte bis mittelschwere Lasten (10-15

kg) hantiert werden könnten. Eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ebenfalls ganztags zumutbar ( Urk. 10/108 S. 3) .

### **E. 3.6**

Im Bericht vom 8. November 2017 diagnostizierten Ärzte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ eine kleine PASTA-Läsion des Supraspinatus , ein subacromiales

Impingement und eine AC- Arthropathie der rechten Schulter bei einem Status nach zweimaliger Infiltration und Schulterkontusion vom 17. September 2015. Das MRI der rechten Schulter vom 7. November 2017 habe einen beginnenden interstitiellen Riss der Supraspinatussehne , eine Tendinopathie der Subscapularissehne und eine anter osuperiore Labrumläsion gezeigt ( Urk. 10/140).

### **E. 3.7**

Dr.

H.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Orthopädie Universitätsklinik G.\_\_\_\_ , hielt in seinem Bericht vom 20. November 2017 fest, das MRI vom 7. November 2017 zeige geringgradige Veränderungen im Supraspinatus-Footprint und eine gering gradige AC-Gelenksarthrose. Die Rotatorenmanschette sei ohne transmurale Ruptur, weder im Subscapularis - noch im Supra- oder Infraspinatusbereich . Auch wenn damit bildmorphologisch geringgradige Veränderungen im Bereich des Supraspinatus-Footprint und des AC-Gelenks nachweisbar seien , habe die Infiltration im Subacromialraum und im AC Gelenkbereich keinerlei Veränderung der Beschwerdesymptomatik erbracht. Dementsprechend könne aus schulterchirurgischer Sicht keine chirurgische Intervention zu einer Besserung beitragen . In der Schultersprechstunde seien keine weiteren Termine vorgesehen ( Urk. 10/146).

### **E. 3.8**

In seiner Beurteilung vom 22. November 2017 führte Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, aus, die anerkannte Unfallfolge einer Verletzung der knorpeligen Lippe des Glenohumeralgelenks verursache gemäss der Universitätsklinik

G.\_\_\_\_ nicht die geklagten Schulterbeschwerden. Geplant seien nun Therapiemassnahmen , welche durch die degenerative Grunderkrankung der Schulter (degenerative Rotatorenmanschette , AC-Gelenksarthrose, Impingement ) zu erklären seien. Diese Massnahmen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts mehr mit dem Unfallereignis [vom 17. September 2015] zu tun. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsfähig ( Urk. 10/144).

In seiner Beurteilung vom 17. Januar 2018 führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, die bestehende Schmerzsymptomatik sei in der Universitätsklinik

G.\_\_\_\_, Abteilung für Wirbelsäulen und Schulterchirurgie, ausführlich abgeklärt worden. Es seien mehrfach diagnostische Infiltrationen des Schultergelenks und der Halswirbelsäule durchgeführt worden, welche keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gebracht hätten. Die Schulter sei somit als schmerzverursachendes Gelenk ausgeschlossen worden, ebenso die Halswirbelsäule. Die Ursache der Schmerzen sei somit überwiegend wahrscheinlich nicht durch die Schulter und die Halswirbelsäule bedingt und es würden daher überwiegend wahrscheinlich auch keine unfallkausalen Beschwerden vorliegen. Es bestehe keine unfallabhängige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/161).

### **E. 3.9**

Im Bericht des J.\_\_\_\_

vom 30. Oktober 2018 diagnostizierten die behandelnden Ärzte unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, rechtsseitige Schulterschmerzen, ein cervikocephales Syndrom und eine unspezifische Lumbalgie (Urk. 3 S. 1). Aufgrund der Befunde an der Halswirbelsäule (mehr als eine Etage der Halswirbelsäule sei von degenerativen Veränderungen betroffen, Urk. 3 S. 7) könne der Beschwerdeführerin keine belastende Arbeit mehr zugemutet werden. Leichte Arbeiten ohne Zwangshaltungen und ohne schnelle Kopfbewegungen seien aus somatischer Sicht noch halb tags zumutbar (Urk. 3 S. 8).

### **E. 4**

.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 4.1**

Zunächst ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zu Recht per 31. August 2017 vornahm oder ob über diesen Zeitpunkt hinaus weiterhin vorübergehende Leistungen auszurichten gewesen wären. Während des Aufenthaltes in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ beklagte die Beschwerdeführerin nach wie vor Probleme mit der rechten Schulter. Obschon Kraft und Beweglichkeit im Trainingsprogramm auf niedrigem Niveau hatten gesteigert werden können, hielten die Ärzte eine weitere Verbesserung für nicht möglich, weil die Beschwerdeführerin zu sehr in ihrem Schmerz verhaftet sei, und stellten dabei auch fest, dass sich die Schmerzen nur ungenügend mit den objektivierbaren Befunden erklären liessen. Dennoch hielten sie die Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (wieder) vollständig arbeitsfähig (E. 3.5). Da somit ab Juni 2017 weder von einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Situation noch von einer möglichen Steigerung der - ohnehin für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wie der vollständig hergestellten - Arbeitsfähigkeit auszugehen war, erweist sich ein Fallabschluss in diesem Zeitpunkt als gerechtfertigt (vgl. E. 1.7). Im Übrigen führte im November 2017 auch Dr.

H.\_\_\_\_ aus, dass aus schulterchirurgischer Sicht keine Intervention zu einer Besserung beitragen würde (E. 3.7). Dass die Beschwerdegegnerin folglich ihre Leistungen per 31. August 2017 einstellte und den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin prüfte, ist daher nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung insbesondere auf die Beurteilungen durch Dr. I.\_\_\_\_ (E. 3.8). Ein medizinischer Aktenbericht ist als Entscheidungsgrundlage zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vor handenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen), was vorliegend der Fall ist. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. E. 1.6). Der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ erfüllt die genannten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abzustellen ist.

### **E. 4.3**

Dr. I.\_\_\_\_

stützt er sich für seine Beurteilung auf die medizinischen Vorakten, insbesondere auch auf die radiologischen Befunde (vgl. Urk. 10/161 S. 4). Dabei kam er zum Schluss, dass die Infiltrationen des Schultergelenks (und der Halswirbelsäule) keine Beschwerdeverbesserung gebracht hätten, seien diese Bereiche nicht Ursache der Beschwerdesymptomatik. Folglich würden überwiegend wahrscheinlich keine unfallbedingten Beschwerden (mehr) vorliegen. Bei der Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfallereignis zunächst eine SLAP-Läsion Typ II mit Tendinopathie der Supraspinatussehne diagnostiziert (E. 3.1). Bereits drei Monate nach dem Unfallereignis konnte Dr. D.\_\_\_\_ eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik feststellen. Insbesondere waren Flexion/Abduktion sowie Extension mit ebenfalls gut möglicher Innen- und Aussenrotation beim Schürzen- und Kragengriff im Dezember 2015 wieder praktisch vollständig möglich. Weiter stellte Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass im Februar 2016 die Tendinopathie rückläufig war und sich im Mai 2016 die Schulterproblematik nochmals gebessert hatte. Zu diesem Zeitpunkt klagte die Beschwerdeführerin vielmehr über Rückenbeschwerden (E. 3.2). Eine mitunter deutliche Besserung der Unfallfolgen mit insbesondere praktisch vollständiger Schulterbeweglichkeit ist daher bereits in diesem Zeitpunkt festzustellen. Dr. E.\_\_\_\_ war sodann rund ein Jahr später, im April 2017, der Ansicht, die Beschwerdesymptomatik lasse auf eine Problematik der unteren Halswirbelsäule schliessen

wofür die Unfallkausalität

zu verneinen sei (E. 3.3). Während des Aufenthalts in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ stand sodann viel mehr ein dysfunktionaler Umgang mit der Schmerzproblematik im Vordergrund und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden liessen sich nicht hinreichend objektivieren (E. 3.5). Im November 2017 wurden in der Universitätsklinik G.\_\_\_\_

dann neu die Diagnosen PASTA-Läsion, subacromiales

Impingement und AC-Arthropathie respektive AC-Gelenksarthrose gestellt (vgl. E. 3.6 und 3.7), wozu Dr. I.\_\_\_\_

ausführte, die weiteren Therapiemassnahmen würden nunmehr der Behandlung dieser degenerativen Grunderkrankungen dienen (E. 3.8). Letztlich wiesen im Oktober 2018 auch die Ärzte des J.\_\_\_\_

hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (aus somatischer Sicht) auf die degenerative Erkrankung der Halswirbelsäule und nicht auf die Schulterproblematik hin (E. 3.9).

Da mit ist erstellt, dass sich die Beschwerden im Zusammenhang mit der SLAP Läsion Typ II bereits im Mai 2016 fast vollständig gebessert hatten. Den aufliegenden Arztberichten späteren Datums können keine unfallkausalen Beschwerden mehr entnommen werden. Im Gegenteil standen seither sowohl die Rückensymptomatik als auch die degenerativen Erkrankungen der rechten Schulter sowie psychische Beschwerden im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. I. \_\_\_ zum Schluss kam, es bestünden keine unfallkausalen Beschwerden mehr. Spätestens im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. August 2017 ist von einem Status quo sine vel ante auszugehen. Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen die nachvollziehbare Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Insbesondere vermag deren Argumentation, sie habe vor dem Unfallereignis vom 17. September 2015 nicht an Schulter Schmerzen gelitten, nicht zu überzeugen. Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Soweit die Beschwerdegegnerin auf Dr. I. \_\_\_ abstellend mangels Erreichen der Erheblichkeitsschwelle (Urk. 10/179) einen Anspruch auf Integritätsentschädigung verneinte, liegen keine anderslautenden ärztlichen Einschätzungen vor und hat die Beschwerdeführerin hiergegen beschwerdeweise denn auch zu Recht nichts einwenden lassen.

#### **E. 4.4**

Soweit die Beschwerdeführerin eine gesundheitliche Einschränkung aufgrund ihrer Rückenbeschwerden vortragen lässt und hieraus eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin geltend machen will, ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht mit Bezug auf die Rückenbeschwerden infolge fehlenden Kausalzusammenhangs bereits mit Verfügung vom 25. April 2017 verneint hat (Urk. 10/93). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft, weshalb darüber im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht mehr zu befinden ist.

#### **E. 4.5**

Weiter zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Beschwerden als Folge des Unfalles vom 17. September 2015 zu werten sind. Der Sturz der Beschwerdeführerin mit Ausrutschen ist als leichtes Unfallereignis einzustufen. Wie bereits ausgeführt (E. 1.4), ist bei leichten Unfallereignissen die Adäquanz psychischer Gesundheitsschäden grundsätzlich ohne Weiteres zu verneinen. Den aufliegenden Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche vorliegend auf eine andere Einschätzung schliessen lassen würden. Für die von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Beschwerden, insbesondere die rezidivierende depressive Störung, ist ein adäquater Kausalzusammenhang daher zu verneinen und es besteht kein Leistungsanspruch.

#### **E. 4.6**

Zusammengefasst erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend erstellt, weshalb sich weitere Abklärungen, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, erübrigen. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 17. September

2015 und den über den 31. August 2017 hinaus beklagten Beschwerden ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb kein Leistungsanspruch besteht.

Anzumerken bleibt, dass selbst bei

Bejahung der Unfallkausalität der weiterhin geklagten Schulterbeschwerden kein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin resultieren würde. Nach der Einschätzung der Rehaklinik B.\_\_\_\_ ist die Beschwerdeführerin seit Juni 2017 in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig (E. 3.5), was von Dr. I.\_\_\_\_ bestätigt wurde (E. 3.8). Das J.\_\_\_\_ führte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (in somatischer Hinsicht) auf nicht unfallkausale Beschwerden an der Halswirbelsäule zurück (E. 3.9). Die Beschwerdeführerin war nach eigenen Angaben zu 10 % mit Büroarbeiten, zu 45 % mit Materialeinkauf und Transport sowie ebenfalls zu 45 % zur Mithilfe für leichte Arbeiten auf der Baustelle beschäftigt (vgl. Urk. 10/123). Diese Arbeit entspricht einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, welche der Beschwerdeführerin weiterhin vollumfänglich zumutbar ist. Zudem würde selbst in einer angepassten Tätigkeit kein Einkommensverlust resultieren; die Beschwerdeführerin erzielte im Unfallzeitpunkt ein jährliches Einkommen von Fr. 50'400. (Urk. 10/1).

In einer (angepassten) leichten bis mittelschweren Tätigkeit wäre sie in der Lage ein jährliches Einkommen von rund Fr. 54'782. (LSE 2016, Tabelle TA1, TOTAL, Kompetenzniveau 1, Frauen [Fr. 4'363.] in 12 Monatslöhnen, aufgerechnet auf 41.7 Stunden pro Woche und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2709 auf 2719 Punkte) zu erzielen. Ein Leistungsanspruch wäre daher ebenfalls nicht ausgewiesen.

#### **E. 5**

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechts, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 6**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - Suva - 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 Vogelmeier

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