

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00139 vom 25. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00139 du 25 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00139 del 25 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1958 geborene n

X.____

wird nach einem am 10. September 1999 erlittenen Verkehrsunfall seit dem 1. Januar 2003 von der

damals zuständigen Unfallversicherung Zürich Versicherungsgesellschaft AG für die vormals ausgeübte 40%ige unselbständige Erwerbstätigkeit als Verkäuferin eine ganze UVG-Rente ausgerichtet (Urk. 8/ 196).

Seit dem 5. April 2013 war die Versicherte in einem 50 %-Pensum als Seniorin betreuerin bei der Y.____ , Z.____ , angestellt

und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 3. April 2017 liess sie der Suva mitteilen, dass sie am 30. März 2017

von einem einbiegenden Personewagen gerammt worden sei und sich dabei eine Prellung der linken Schulter zugezogen habe (Urk. 8/1). Die am 31. März 2017 konsultierten erstbehandelnden Ärzte der Chirurgischen Klinik des

A.____

stellten

die vorläufigen Diagnosen von unter anderem einer Kontusion des Hemithorax links, einer Halswirbelsäulen(HWS) -Distorsion Grad II und einer Kontusion des Digits I der linken Hand (Bericht vom

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.

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. März 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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).

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).

E. 1.4

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 über wiegenden 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). 1. 5

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 Versicherungsvertrags träger 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 versicherungserhebenden 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass Röntgenbilder der HWS, der linken Schulter und des Thorax vom 31. März 2017 keine ossäre Läsion gezeigt hätten. Ein MRI der HWS vom 22. März 2018 habe degenerative Veränderungen aber keine traumatische Läsion ergeben. Gemäss Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, lägen weder an der HWS noch an der linken Schulter organische Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen vor, der Status quo sine sei spätestens am 15. Mai 2017 erreicht worden. Aus somatischer Sicht sei die Anna hme eines Status quo sine am 1. September 2018 deshalb nicht zu beanstanden (S. 4-5). Zwischen dem vorliegend als leicht zu qualifizierenden Unfall und den psychischen Störungen bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang (S. 5-6). Die Versicherungsleistungen seien damit zu Recht per 1. September 2018 eingestellt worden (S. 6).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk.

E. 3

April 2017 ; Urk. 8/15).

Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld; Urk. 8/13).

Mit Verfügung vom 30. August 2018 schloss sie den Fall per 1. September 2018 ab und stellte ihre Leistungen ein. Einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte sie mit der Begründung, die heute noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar, die deshalb zu prüfende Adäquanz sei zu verneinen (Urk. 8/236).

Die von der Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom 21. September 2018 (Urk. 8/244) wies die Suva am 16. April 2019 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 28. Mai 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr auch für die Zeit ab 1. September 2018 sämtliche nach UVG versicherten Leistungen, insbesondere Taggeld und Heilbehandlungskosten sowie eine Rente und Integritätsentschädigung, zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zu rückzuweisen.

Am 30. Juli 2019 beantragte die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen (Urk.

E. 3.1

6

Med. pract . C.____

hielt in seiner chirurgischen Beurteilung vom 18. Juli 2019 (Urk. 9) fest, beim Unfall vom 30. März 2017 habe die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine leichte seitliche Prellung der linken Schulter und eine HWS-Distorsion Grad I-II erlitten, möglicherweise auch eine leichte Prellung der linken Hand (S. 20) .

Das Unfallereignis treffe an der linken Schulter einen erheblichen, zum Teil degenerativ bedingten, zum Teil traumatisch bedingten Vorzustand. Durch das Unfallereignis vom 30.

März

2017 sei dieser Vorzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorübergehend verschlimmert worden mit Schmerzen und einer schmerzhaft eingeschränkten Funktion der Schulter. Am 31.

Mai

2017 habe Dr.

D.____ eine freie Funktion der linken Schulter dokumentiert. Zu diesem Zeitpunkt sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Zustand, wie er auch ohne den Unfall eingetreten wäre, erreicht gewesen. Strukturelle Schäden der linken Schulter, die mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. März 2017 zurückzuführen wären, seien nicht objektiviert. Eine richtungsgibende Verschlimmerung des Vorzustandes der linken Schulter sei somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zufolge des Unfalls vom 30. März 2017 eingetreten (S. 20).

Das Unfallereignis vom 30. März 2017 treffe einen Vorzustand an der HWS. Dieser bestehe in bereits erheblich fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen, die vor allem die unteren Segmente der HWS betreffen und die bereits zu Einengungen mehrerer Neuroforamen geführt hätten sowie einen Status nach HWS-Distorsion im Rahmen eines Unfalls vom 10. September 1999. Dieser Vorzustand sei durch das Ereignis vom 30. März 2017 nicht richtungsgibend verschlimmert worden, denn strukturelle Schäden seien zufolge des Ereignisses nicht objektiviert. Eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes sei wahrscheinlich, denn es sei bekannt, dass bei vorgeschädigter Halswirbelsäule häufiger Beschwerden einträten. Der Zustand, wie er auch ohne den Unfall vom 30. März 2017 eingetreten wäre, sei jedoch spätestens am 13. September 2017, dem Tag der Konsultation bei Dr. D.____, erreicht gewesen (S. 20).

Bezüglich der linken Schulter sei von folgendem Vorzustand auszugehen (S. 20): - bereits im Jahr 2007 schmerzhafte Funktionseinschränkung bei Periarthrosis

humero-scapularis (PHS), einer Insertionstendinopathie und Myogelosen - eine Fraktur des

Tuberkulum majus und eine nicht näher definierte Verletzung der Supraspinatussehne (die am

Tuberkulum majus ansetzt) sowie eine Sprengung des Schultergelenks als Folge eines Unfalls vom Januar 2007 - eine schmerzhafte Schultersteife, die sich zufolge des Unfalls vom Januar 2007 entwickelt habe - ein Status nach

subacromialer Dekompression, was für das Vorliegen einer Impingement-Symptomatik spreche - ein Status nach

Bursektomie der Bursa subacromialis bei entzündlichen Veränderungen; eine Bursitis subacromialis (entzündliche Veränderung der Bursa) entspreche einem chronischen Reizzustand

Nach dem Unfallereignis vom 30. März 2017 seien am 31. März 2017 eine leichte Prellung und eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der linken Schulter, eine leichte Distorsion

der HWS Grad I-II der Klassifikation der QTF und eine leichte Prellung der linken Hand dokumentiert. Im Verlauf seien eine Omarthrose, eine Knorpeldelamination am Oberarmkopf links, eine arterielle Hypertonie, eine Hypothyreose, eine Cervicobrachialgie, eine Cephalgie, eine Lumbodorsalgie, Intercostalneuralgie und eine Arthritis humeroscapularis, ein chronisches cervicales Schmerzsyndrom mit myofascialen, spondylogenen und radikulären Anteilen sowie ein chronisches S ulcus ulnaris -Syndrom genannt worden (S. 21).

Die leichte Prellung der linken Schulter, die eine vorübergehende schmerzhaft funktionseinschränkung zur Folge gehabt habe und die leichte Distorsion der HWS seien mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 30. März 2017. Die anderen Diagnosen seien nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unfallkausal.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe das Ereignis vom 30.

März 2017 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes an der linken Schulter und der HWS geführt. Eine richtungsgebende Verschlimmerung sei nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eingetreten. Der Zustand, wie er auch ohne den Unfall vom 30. März 2017 eingetreten wäre, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens sechs Monate nach dem Ereignis eingetreten (S. 21).

Von weiteren medizinischen Therapien oder Behandlungen sei in Bezug auf die Folgen des Unfalls vom 30. März 2017 keine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen (S. 22). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin verneinte ihre Leistungspflicht gestützt auf die Kreis arztberichte von Dr. B.____ (E. 3.4-3.5 und E. 3.12-3.15

hievore) beziehungsweise die chirurgische Beurteilung von med. pract. C.____ (E. 3.16 hievore).

Die chirurgische Beurteilung von med. pract. C.____ ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fall relevanten Vorakten erstellt (Urk. 9 S. 3-11). Med. pract. C.____ lagen die vollständigen Unterlagen vor, so auch die intraoperative Video- und Fotodokumentation der Schulteroperation vom 16. Juni 2017 (vgl. Urk. 9 S. 11). Med. pract. C.____ legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und beurteilte die medizinische Situation überzeugend. So zeigte er in seiner Beurteilung auf, dass die Beschwerdeführerin insbesondere an der linken Schulter einen erheblichen traumatisch und degenerativ bedingten Vorzustand aufweist. Diesbezüglich hielt er eine sich nach einem im Januar 2007 erlittenen Unfall (Sturz aufs Eis mit Tuberculum - majus -Fraktur links und anschliessender Operation der linken Schulter, Urk. 9 S.

3 und S. 13) entwickelte schmerzhafte Schultersteife fest sowie deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer vorbestehenden Impingement -Symptomatik, ebenso einen chronischen Reizzustand infolge einer Bursitis subacromialis. Er wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 30. März 2017 keine strukturellen Schäden erlitten hat (S. 13-15). So hielten die am Folgetag aufgesuchten erstbehandelnden Ärzte des

A.____ weder eine Prellmarke noch ossäre

Druckdolenz fest, auch eine knöcherne Verletzung konnte radiologisch nicht dokumentiert werden.

Med. pract . C.____ wies darauf hin, dass bei einem relevanten Anprall auf die linke Schulter im Rahmen des Unfalls Ereignisse s innerst kürzester Zeit zumindest lokale Druckschmerzen, Prellmarken, Blutergüsse und eine Weichteilschwellung zu erwarten wären und die Bewegung in der linken Schulter sofort oder zumindest nach Minuten und nicht erst nach Stunden schmerzhaft eingeschränkt gewesen wäre (S. 12) . Der Vorzustand wurde durch das Unfallereignis zwar vorübergehend verschlimmert, der Zustand, wie er auch ohne den Unfall eingetreten wäre, wurde jedoch spätestens Ende September 2017 erreicht . So berichtete auch Dr. D.____ am 13. September 2017 von einer quasi völlig freien Beweglichkeit der Schulter in allen Ebenen (vorstehend E. 3.6) . Med. pract . C.____ begründete ausführlich , weshalb das von Dr. D.____ gesehene antero -inferior lokalisierte Knorpelfragment nicht seit dem Unfall vom 30.

März

2017 im Gelenkspalt eingeklemmt sein kann (S. 16) . Denn um eine ausgedehnte traumatische Knorpelverletzung durch direkte Gewalteinwirkung zu bewirken, wird eine schädigende Gewalt gefordert, die einem Sturz aus 4 Metern Höhe entspricht. Eine solche Gewalt würde erheblich andere Verletzungen bewirken, als die leichte Prellung, die sich die Beschwerdeführerin beim Unfall zugezogen hat. Die schädigende Gewalt müsste zudem von vorne auf die Schulter einwirken, wohingegen die leichte Kollision vorliegend von der Seite her erfolgt ist. Der Unfallhergang entspricht auch nicht den zu einer traumatischen Schulterluxation oder -subluxation führenden Mechanismen, auch sind keine dafür typischen Begleitverletzungen objektiviert. Die Knorpel delamination am Oberarmkopf erachtete er damit nachvollziehbar als nicht durch den Unfall vom 30. März 2017 verursacht (Urk. 9 S. 17-18). Weiter begründete med. pract . C.____ nachvollziehbar, dass die im fachradiologischen Bericht von PD Dr. G.____ beschriebene stark narbige Verdickung des Biceps-Pulleys nicht zu erwarten wäre, wenn das Pulley beim Unfall vom 30. März 2017 zerrissen wäre. Ohnehin sind vorliegend weder ein Unfallmechanismus beschrieben, welcher zu einer Schädigung des Biceps-Pulleys führen könnte, noch sind die typischen Begleitverletzungen einer traumatischen Pulleyverletzung objektiviert. Die Vernarbung des Bicepspulley sind gemäss med. pract . C.____ durch die vorangegangene Schulteroperation, die Frozen

shoulder und möglicherweise auch durch ein internes Impingement gut zu erklären. Die Veränderungen des Biceps-Pulley sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des Unfalls vom 30. März 2017 (S. 18-19).

Med. pract . C.____ beschrieb ebenso einen Vorzustand an der HWS mit insbesondere vorbestehenden erheblichen degenerativen Veränderungen . Er zeigte auf, dass die in der MR-Tomographie vom 22. März 2018 festgehaltenen erheblichen Osteochondrosen und ausgeprägten Spondylophyten Ausdruck eines Bandscheibenleidens sind und über viele Jahre entstehen. Beim Unfallereignis bestanden sie damit bereits. Auch dieser Vorzustand wurde durch das Unfallereignis nicht richtungsgewand verschlimmert, denn strukturelle Schäden sind gemäss med. pract . C.____ zufolge des Ereignisses keine objektiviert , Beschwerden traten erst 7 Stunden nach dem Unfall erstmals auf (S. 12-13) . Nach der verhältnismässig leichten Kollision fuhr die Beschwerdeführerin denn auch mit dem

Unfallauto weiter, arbeitete am Abend während 2.5 Stunden als Heimpflegerin und suchte erst am Folgetag einen Arzt auf. Auch in Bezug auf die Beschwerden an der HWS erachtete med. pract . C.____ den Zustand, wie er auch ohne den Unfall eingetreten wäre , spätestens Ende September 2017 als erreicht . Diesbezüglich wies er darauf hin, dass Beschwerden seitens einer HWS-Distorsion von Grad I oder II nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung spätestens nach 6 Monaten abgeheilt sind (§. 19) . Dr. D.____ dokumentierte denn auch am 13. September 2017 keine Beschwerden seitens der HWS mehr. Die ausführliche chirurgische Beurteilung von med. pract . C.____

ist schlüssig, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. 4.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, Dr. D.____ sei ein ausgewiesener und in jeder Hinsicht integ r er Fachmann in seinem Gebiet der Schulterchirurgie und auf seine Einschätzung könne deshalb grundsätzlich abgestellt werden (Urk.

E. 3.2

PD Dr. med. G.____ vom H.____ beurteilte die MR Ar t hrographie der Schulter links vom 15. Mai 2017 wie folgt (Urk. 8/41): lang streckige

Knorpel delamination

anterior am Humeruskopf , regelrechter Status nach

Acromioplastik mit entsprechenden Metallartefakten , intakte Rotatorenman schette , Tendopathie der Bizepssehne sowie verdickter Bicepssehnen pulley / Kapsel, Differentialdiagnose beginnende Capsulitis

adhäsiva . 3. 3

Am 16. Juni 2017 wurde die Beschwerdeführerin an der linken Schulter operiert (Schulterarthroskopie, Gelenkkörperentfernung und Tenotomie Schulter links) . Dr. D.____ hielt im Operationsbericht vom 16.

Juni

2017 (Urk. 8/52) die Ope rationsdiagnosen eines ausgedehnten Knorpelausbruchs der linken Schulter sowie einen Status nach Dekompression links vor 10 Jahren fest. Letzteres habe keine Beschwerden verursacht. Nun sei es zu einem Sturz gekommen und seit diesem Zei t punkt beständen blockadeartige Beschwerden. Im MRI bestehe der Verdacht auf eine Subscapularispartialruptur mit luxierter LBS (Sehne des langen Biceps kopfes). Bei der Schulterarthroskopie habe sich ein antero -inferiores Knorpel fragment gezeigt, welches vermutlich bei diesem Unfall ausgebrochen sei und im Gelenk eingeklemmt liege. Es werde eine LBS-Tenotomie durchgeführt, das grosse Fragment entfernt und die Ausbruchzone angefrischt. 3 . 4

Kreisarzt Dr. B.____ erachtete die Operation vom 16. Juni 2017 als überwiegend wahrscheinlich nicht kausal zum Unfall vom 30. März 2017. Am ehesten handle es sich um eine Folge des Unfalles von 2007. Es lägen nämlich nur klar dege nerativ bedingte Veränderungen vor (Bericht vom 21. Juni 2017, Urk. 8/47). 3 .5

Am 27. Juli 2017 ergänzte Kreisarzt Dr. B.____ , aufgrund des nachträglich bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Operationsberichtes könne man den Knorpelschaden doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. März 2017

zurückführen. Die Operation könne somit von der Beschwerde gegnerin übernommen werden (Urk. 8/59).

E. 3.6

Gemäss Sprechstundenbericht von Dr.

D. ___ vom 13.

September

2017 (Urk. 8/90) gehe es der Beschwerdeführerin subjektiv sehr gut. Sie habe eine quasi völlig freie Beweglichkeit in allen Ebenen. Auch die Schmerzen seien nicht mehr relevant ausser etwas dorsal bei gewissen Bewegungen. Auch bei Belastung

gebe sie noch Schmerzen an. Insgesamt sei es eine fantastische Situation, die Infiltration habe ihre volle Wirkung entfaltet. Flexion und Elevation bei 180 Grad, Aussenrotation nahezu seitengleich, Innenrotation noch etwas eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit sei zunächst auf 50 % für zwei Wochen, dann auf 75 % für weitere zwei Wochen und dann auf 100 % zu steigern. 3. 7

Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 7. Januar 2018 (Urk. 8/134) folgende Diagnosen: - ausgedehnter Knorpelausbruch Schulter links - Status nach Schulterarthroskopie, Gelenkkörperentfernung und Tenotomie Schulter links am 16. Juni 2017 - beginnende Omarthrose links - Status nach Schulterkontusion links bei Autounfall am 30. März 2017 - Status nach Dekompression links vor 10 Jahren - arterielle Hypertonie - Hypothyreose - rezidivierende epigastrische Beschwerden

Dazu führte er aus, die Belastbarkeit der linken Schulter und des linken Armes sei noch eingeschränkt, das Heben von Lasten sei noch sehr eingeschränkt, es beständen Schmerzen beim Heben und beim Arbeiten über Kopf. Im Alltag beständen Beschwerden beim Wischen sowie ein Schmerz in Linksseitenlage nachts. Eine Wiederaufnahme der pflegerischen Tätigkeit, die mit Heben verbunden sei, sei der Beschwerdeführerin derzeit noch nicht möglich, bezüglich ihrer Anstellung als Seniorenbetreuerin sei sie weiterhin arbeitsunfähig. Die somatischen Beschwerden und die Arbeitsunfähigkeit würden für sie eine hohe, auch psychische Belastung darstellen, sodass eine psychiatrische Behandlung habe eingeleitet werden müssen. 3. 8

Dr. med. J. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 31. Januar 2017 (Urk. 8/140) die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Verzweiflung, Zukunftsängsten und Anspannung nach einem Autounfall mit somatischen Folgen. Ziel der Therapie sei es, neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Dies sei jedoch schwierig, solange die Versicherungsfragen nicht geklärt und die finanzielle Situation weiterhin unklar sei. Eine weitere psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung mit Gesprächen alle zwei Wochen werde als indiziert erachtet. 3. 9

Dr. med. K. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin, führte in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 8. Februar 2018 (Urk. 8/142) aus, insgesamt sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit nicht primär durch eine psychiatrische Störung eingeschränkt werde, sondern in erster Linie durch somatisch bedingte Beschwerden und Beeinträchtigungen. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte Anpassungsstörung führe in aller Regel nicht zu einer anhaltenden erheblichen Beeinträchtigung der beruflichen Zumutbarkeit. Zugleich sei zurzeit nicht

definitiv aus zu schliessen, dass hier eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege, welche aufgrund von Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Aspekten durchaus geeignet sei, zu einer im Kontext der Beschwerdegegnerin zu berücksichtigenden Arbeitsunfähigkeit zu führen. Es sei deshalb zu empfehlen, den Verlauf während den nächsten sechs Monaten abzuwarten (S. 4).

Dem MRI der HWS vom 22. März 2018 (Urk. 8/163) entnahm Dr. med. L.____, Leitende Ärztin Radiologie des M.____, erhebliche Osteochondrosen vor allem in den drei untersten HWS-Segmenten. Hierdurch komme es zu foraminale Stenosen mit Beeinträchtigung der C4-Wurzel rechts, der C5-Wurzel links und der C6-Wurzel rechts.

E. 3.11

Dr. med. N.____, Neurologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 7. Juni 2018 (Urk. 8/192) die Diagnose eines Status nach Unfall mit Seit [en] Kollision am 30. März 2017 ohne Hinweise auf unfallbedingte Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall nebst einer Prellung der linken Thoraxhälfte ein Abknicktrauma der HWS zugezogen. Es beständen keine Hinweise darauf, dass bei diesem Unfall das Gehirn, das Halsmark oder die zervikalen Nervenwurzeln Schaden genommen hätten. Aktuell liege wohl ein vorwiegend myofaszialer Nacken-, Schulter- und Thoraxwandmuskulatur (Schmerz) links vor, vermutlich würden die Schmerzen durch degenerative Veränderungen an der HWS und im Schultergelenk links unterhalten. Eine Interkostalneuralgie könne gegenwärtig nicht diagnostiziert werden. Auch ein Herpes Zoster sei als Schmerzursache nicht anzunehmen (S. 2).

E. 7

) hielt sie ergänzend fest,

sie habe im hängigen Beschwerdeverfahren bei med. pract. C.____, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie, eine vertrauensärztliche Beurteilung einholen lassen. Aus dieser ergebe sich, dass bezüglich der linken Schulter von einem mannigfachen Vorzustand auszugehen sei. Beim Unfall vom 30. März 2017 sei die Beschwerdeführerin keiner erheblichen auf die linke Schulter einwirkenden schädigenden Gewalt ausgesetzt gewesen. Bezüglich der HWS sei ein Vorzustand in Form eines erheblichen, bandscheibenbedingten Verschleissleidens mit fortgeschrittenen Osteochondrosen und Spondylosen sowie ein Status nach HWS-Distorsion dokumentiert. Durch das Unfallereignis sei es - aus weiteren näher dargelegten Gründen - lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Schulterbeschwerden links und der HWS gekommen, wobei der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens sechs Monate nach dem Ereignis eingetreten sei. Die Leistungsterminierung per 1. September 2018 sei damit nicht zu beanstanden. Soweit die Beschwerdeführerin die im Zusammenhang mit der Beurteilung der Aktenlage vom Kreisarzt abgegebenen argumentativen Kehrtwendungen beanstande, erkläre sich dies vor dem Hintergrund der aus medizinischer Hinsicht nicht überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D.____, Facharzt Chirurgie FMH, im Operationsbericht vom 16. Juni 2017 (S.

E. 10

14).

Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Urk. 17) führte sie aus, eine richtunggebende Verschlimmerung der bei der Beschwerdeführerin bestehenden Vorzustände sei nicht

nachgewiesen. Die Foto- und Videoprints der Operation vom 16.

Juni 2017 seien im vorliegenden Beschwerdeverfahren beschafft und vom Vertrauensarzt med. pract .

C. ___ eingesehen worden (S. 3). 2.2

Die Beschwerdeführer in stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), anhand der Akten könne nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund der selbe Kreisarzt der Beschwerdegegnerin , nachdem er bereits am 27. Juli 2017 aufgrund des nachträglich bei dieser eingegangenen Operationsberichts vom 16. Juni 2017 seine Beurteilung vom 20. Juni 2017 revidiert und den Knorpel schaden doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. März 2017 zurückgeführt habe, seine Beurteilung erneut ändere , zumal er am 16. Juli 2018 offensichtlich selber noch von die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit einschränkenden «Suva-bedingten Unfallfolgen» ausgegangen sei. Dr. B. ___ widerspreche sich offensichtlich ohne Grund selber, obschon die unter unterschiedlichen Beurteilungen auf identischer Aktenlage beruhen würden. An seinen Berichten beständen damit erhebliche Zweifel, weshalb auf sie nicht abgestellt werden könne. Sie habe deshalb auch über den 31. August 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen nach UVG, allenfalls sei die Sache zwecks weiteren medizinischen Abklärungen insbesondere die linke Schulter betreffend an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 7- 8).

Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Urk.

E. 14

S.

3). Die fachlichen Kompetenzen von Dr. D. ___ wurden von der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt. Sie ändern aber nichts daran, dass aus seinem Operationsbericht (E. 3. 3 hievore) nicht auf eine Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden geschlossen werden kann. Eine solche wurde von Dr. D. ___ im Übrigen auch nur vermutet und nicht weiter begründet. Auch wird aus seinem Bericht nicht klar, mit welchem Unfall er den Abbruch des antero -inferioren Knorpelfragments in Verbindung bringt. So erwähnte er einen Sturz, seit welchem die Beschwerdeführerin an blockadeartige n Beschwerden leide. Ein Sturz ist jedoch letztmals im Jahre 2007 dokumentiert, beim vorliegend massgebenden Unfall kam es demgegenüber zu einer leichten Seitenkollision. Med. pract . C. ___ legte ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb die Knorpeldelamination am Oberarmkopf nicht durch den Unfall vom 30. März 2017 verursacht sein konnte. Es liegt keine medizinische Einschätzung vor, aufgrund welcher an seinen Schlüssen zu zweifeln wäre. Dass die Beschwerdegegnerin und Kreisarzt Dr. B. ___ zunächst davon ausgingen, dass die von Dr. D. ___ durchgeführte Schulteroperation aufgrund des Unfalls vom 30. März 2017 erforderlich wurde, ändert daran nichts.

Auch wird die chirurgische Beurteilung von med. pract . C. ___ nicht durch den Umstand in Zweifel gezogen, dass er die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist auch ein medizinischer Aktenbericht beweistauglich, wenn die Akten wie vorliegend ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, diese Daten unbestritten sind und der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_198/2011 vom

9. August 2011 E. 2.2 mit Hin wei sen). Die Beschwerdeführerin hat sich bei der Kollision keine bildgebend ausge wie sene n Schäden zugezogen. Welche zusätzliche n Erkenntnisse med. pract . C.____ aus einer persönlichen Unters uchung hätte gewinnen können, legte die Be schwerdeführer in nicht dar und ist nicht ersichtlich . Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass sich med. pract . C.____

für die Erstellung e ines Aktengut ach tens entschied . Med. pract . C.____ legte zudem nachvollziehbar dar, dass es an lässiglich des Unfalls vom 30. März 2017 zu keiner richtungsgebenden Verschlim me rung der vorbestehenden Schulter- un d HWS-Beschwerden gekommen ist und dass der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätes tens Ende September 2017 erreicht war. Dass Dr. B.____ zunächst von weiterhin bestehenden unfallkausalen Schulterbeschwerden ausging, ändert daran nichts, wird doch vorliegend für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerde geg nerin nicht auf seine Berichte abgestellt. Die Einwände der Beschwerde führerin vermögen nach dem Gesagten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von med. pract . C.____ aufkommen zu lassen. Gestützt auf seine überzeugende Beurteilung ist damit in Bezug auf die orga nischen Beschwerden von einem Status quo sine vel ante spätestens per 30.

Septem ber 2017 auszugehen. Die fehlende Unfalladäquanz der psychischen Beschwerden wurde von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt. Die auf den 31. August 2018 verfügte Leistungseinstellung ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. 5.

Bei Erlass des Einspracheentscheides stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Berichte ihres Kreisarztes Dr. B.____ . Wie die Beschwerdeführerin zu Recht und ausführlich darlegte (Urk. 1 S. 5-8 , ebenso bereits im Einspracheverfahren , vgl. Urk. 8/244), widersprechen sich diese teilweise - so etwa in Bezug auf das angeb liche Erreichen eines Status quo sine vel ante per

E. 15

Mai 2017 mit dennoch weiterhin bestehenden unfallbedingten Schulterbeschwerden - so dass Zweifel an ihnen bestehen und auf sie nicht abgestellt werden kann.

Offenbar sah dies auch die Beschwerdegegnerin

so , hätte sie doch ansonsten nicht nach Erlass des Ein spracheentscheides die intraoperativen Fotodokumentationen beschafft (vgl. Urk.

7 S.

10) und nach der Beschwerdeerhebung eine umfassende Aktenbeurtei lung bei med. pract . C.____

in Auftrag gegeben.

Inwieweit dabei die argumenta tiven Kehrtwendungen von Dr. B.____ vor dem Hintergrund des Operations be richts von Dr. D.____ zu erklären sind – wie dies die Beschwerdegegnerin darlegte (Urk. 7 S.

14 Ziff. 48) - , kann offen bleiben . Denn es wurde erst aus der Beurteilung von med. pract . C.____ für den medizinischen Laien verständlich, das s die Schulteroperation vom 16. Juni 2017 nicht aufgrund des Unfalls vom 30. März 2017 erforderlich wurde.

Indem die Beschwerdegegnerin diese chirurgische Beurteilung veranlasste, nahm sie in Anbetracht der Aktenlage

im Beschwerdeverfahren mehr als eine recht sprechungsgemäss grundsätzlich zulässige, bloss punktuelle Abklärung mit dem Ziel einer Sachverhaltsvervollständigung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_49/2017 vom 28. Februar 2017 E. 3.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_284/2014 vom 16. Dezember 2014 E. 5.2.3):

Im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides

fehlte es gänzlich an einer beweiskräftigen ärztlichen Einschätzung, weshalb die Einholung der Aktenbeurteilung eine umfassende und notwendige Abklärungsmassnahme darstellte, welche grundsätzlich bereits im Verwaltungsverfahren hätte stattfinden müssen. Würden demgegenüber

die entscheidungswesentlichen Akten regelmässig erst im Beschwerdeverfahren produziert und dadurch notwendige Abklärungsmassnahmen ins Gerichtsverfahren verlagert, so würde das Einspracheverfahren

ausgehöhlt.

Aufgrund des Vorgehens der Beschwerdegegnerin sah sich die Beschwerdeführerin gezwungen, eine Beschwerde zu erheben. Es rechtfertigt sich deshalb, ihr trotz ihres Unterliegens ausnahmsweise eine Prozessentschädigung zuzusprechen (vgl. dazu auch § 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 107 lit. b und f der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO).

Die Prozessentschädigung ist in Anwendung von Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit § 34 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

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