

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00175

vom 6. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00175 du 6 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00175 del 6 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, ist seit Mai 2013 als Zugbegleiterin bei der Y.____ angestellt und über diese bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 28. Juli 2017 verunfallte sie mit ihrer Vespa (Urk. 7/2

Ziff. 1-6, S. 2). Die Suva erbrachte für die Folgen des Ereignisses die gesetzlichen Leistungen.

Mit Verfügung vom 6. Dezember 2018 (Urk. 7/117) stellte die Suva die erbrachten Versicherungsleistungen per 15. Dezember 2018 ein. Die von der Versicherten am

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Nach Art.

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 Überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosser 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. 1.5

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der

allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 2.

E. 2

2. Januar 2019 (Urk. 7/126 S. 1-

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin schloss sich der medizinischen Beurteilung durch ihre Kreisärzte an. Sie hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, diese seien mit sorgfältiger und überzeugender Begründung zum Schluss gelangt, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Somit sei davon auszugehen, dass die geklagten Schmerzen an der rechten Schulter nicht mehr auf den Unfall vom 28. Juli 2017 zurückzuführen, sondern degenerativ bedingt seien. Für die kreisärztliche Einschätzung spreche, dass anlässlich der Erstbehandlung eine Beteiligung der rechten Schulter nicht erwähnt worden sei. Die kreisärztlichen Ausführungen zum Unfallmechanismus seien ebenfalls überzeugend. Im Bericht des behandelnden Arztes vom 5. Januar 2018 werde dagegen eine rein zeitliche Kausalattribution vorgenommen, die nicht beweisbildend sei (S. 5 E. 3). Sie habe die Versicherungsleistungen daher zu Recht per 15. Dezember 2018 eingestellt (S.

5 E. 5).

E. 2.2

Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung vom 28.

August 2019 aus, der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin sei kein Arzt. Die in der Beschwerde vorgebrachte Kritik vermöge

sodann keine Zweifel an den sorgfältigen Beurteilungen durch die Kreisärzte zu begründen. Diese hätten sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte und der Bildgebung ein lückenloses Bild der medizinisch relevanten Fakten verschaffen können. Bei ihnen handle es sich zudem um Fachärzte im Bereich der Unfallversicherung (Urk.

6 S. 2 Ziff. 3).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin brachte vor, der Suva-Kreisarzt

sei der Ansicht, dass die

Rupturen der Supraspinatus- und der Infraspintussehne der rechten Schulter Folge einer Impingementsymptomatik seien. Nicht erwähnt habe er, dass die Ruptur der Supraspinatussehne

im Bericht vom 1. Dezember 2017 als Abriss einzelner Fasern vom Footprint beschrieben worden sei. Eine Atrophie oder eine fettige Degeneration der Muskulatur der Rotatorenmanschette seien

explizit ausgeschlossen worden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 9 oben). Fehle eine Verfettung, sei anzunehmen, dass eine Ruptur erst kürzlich entstanden sei. Der Abriss einer Sehne sei zudem meist traumatisch bedingt. Der festgestellte Abriss sei daher ein Indiz für eine traumatische Ursache. Der Kreisarzt habe diese Befunde nicht in seine Beurteilung einfließen lassen, welche somit lückenhaft sei (S. 4 f).

Ziff. 9). Falls die obere rechte Extremität frei beweglich gewesen wäre, hätte dies in den Bericht der Notaufnahme des Z.____ einfließen müssen (S. 5 Ziff.

10).

Der behandelnde Arzt sei von der Staatsanwaltschaft zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin angefragt und auf Art. 307 des Strafgesetzbuches (StGB) hingewiesen worden. Im Falle einer expliziten Strafandrohung sei nicht anzu nehmen, dass er ein Gefälligkeitszeugnis abgegeben habe (S. 5 Ziff. 1 1 unten).

E. 2.4.1

Zunächst ist auf den Vorwurf der mangelhaften Begründung des angefochtenen Entscheides (Urk. 1 S. 3 Ziff. 7, S. 7 Ziff. 16) einzugehen.

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Gemäss Art. 52 Abs.

2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E.

5b).

E. 2.4.2

Die Beschwerdegegnerin schloss sich der Aktenbeurteilung durch Kreisarzt

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. September 2018

(Urk. 7/107) an. Dieser

sah eine degenerative Ursache der Schulterbeschwerden im Wesentlichen darin begründet, dass eine bildgebend sichtbare

Impingement symptomatik und eine Engstelle unter dem Akromioklavikular gelenk

einen Verschleiss der Rotatorenmanschette nach sich ziehen können. Es handle sich dabei um degenerative Veränderungen im Schultergelenk inklusive eines knöchernen Sporns unterhalb des AC-Gelenks. Weiter wies er darauf hin, dass im Rahmen der Erstbehandlung im Z.____ keine Schulterbeschwerden beschrieben worden seien (vgl.

nachfolgend E. 3.9.1 und 3.9.2). Die vom Kreisarzt vorgebrachten

Gründe

ermöglichen der Beschwerdeführerin jedenfalls eine sachgerechte Anfechtung des Einspracheentscheides

vom 4. Juni 2019. Auch wenn die Beschwerdegegnerin der Kritik der Beschwerdeführerin bezüglich der Interpretation des MRT vom 1. Dezember 2017 nicht gefolgt ist, liegt mit dem Einspracheentscheid und der Vernehmlassung vom 28. August 2019 eine ausreichende Begründung vor. Eine Verletzung der Begründungspflicht ist daher zu verneinen. Die Beschwerdeführerin beantragte zudem auch keine Rückweisung der Sache wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs.

E. 2.5

Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 15. Dezember 2018 eingestellt hat. Massgebend ist dabei, ob die Beschwerden an der rechten Schulter auf den Unfall vom 28. Juli 2017 zurückzuführen sind.

3.3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 3. August 2017 wurde die Beschwerdeführerin am 28. Juli 2017 auf ihrer Vespa

von einem nachfolgenden Fahrzeug von hinten angefahren (Urk. 7/2 S. 1 Ziff. 4-6 und S. 2).

Die Ärzte des Z.____

berichteten am 29. Juli 2017 (Urk. 7/9 /2-3) über die Erstbehandlung

der Beschwerdeführerin vom Vortag. Sie nannten als Diagnosen Auffahrunfall und Hyponatriämie vom 28. Juli 2017 (S. 1 oben). Die Ärzte

führten aus, die Beschwerdeführerin sei durch ein nachfolgendes Fahrzeug geblendet worden, worauf sie abgebremst habe. Das Fahrzeug sei anschliessend gegen die Vespa der Beschwerdeführerin gefahren und sie sei rückwärts auf den Kotflügel des Autos gestürzt. Sie habe einen Helm getragen. Zu einer Bewusstlosigkeit oder Amnesie sei es nicht gekommen (S. 1 Mitte).

Eine intrakranielle Blutung

und eine Fraktur des Schädels, der Halswirbelsäule

(HWS) oder der Brustwirbelsäule (BWS)

seien nicht festgestellt worden.

Der Thorax sei stabil mit leichten Schmerzen im Bereich des rechten Rippenbogens. Weiter bestünden deutliche Schmerzen über der BWS und der HWS über dem Prozess spinosi. Die Patientin habe weiter deutliche Kopfschmerzen und eine Lichtempfindlichkeit angegeben (S. 1 unten).

Gemäss dem Bericht der Notfallstation des Z.____ vom 29. Juli 2019 (Urk. 7/13 /2-3) wurden bei den Erstuntersuchungen keine Traumafolgen nachgewiesen (S. 2).

Der Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma wurde

am 15. Februar 2018 (vgl. Urk. 7/73) ausgefüllt. 3.3

Im Bericht vom 1. Dezember 2017 (Urk. 7/103) über eine Untersuchung (Arthro -MRT der rechten Schulter)

wurde ausgeführt, es sei eine artikulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne festgestellt worden mit Abriss einzelner Fasern vom Footprint, welche sich geringgradig retrahiert hätten. Weiter bestehe eine artikulareseitige Partialruptur der Infraspinatussehne mit angrenzenden einzelnen subkortikalen, zystischen Läsionen innerhalb des Humeruskopfes. Die Subscapularissehne sei intakt. Weiter bestünden mässige degenerative Veränderungen im AC-Gelenk mit deutlicher Aktivierung. Eine Atrophie oder eine fettige Degeneration der Muskulatur der Rotatorenmanschetten seien nicht

festgestellt worden (Mitte).

In der Beurteilung wurde eine artikulareseitige Partialruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne

angegeben. Weiter wurden eine aktivierte Degeneration im AC-Gelenk und eine geringe Bursitis subacromialis / subdeltoidale festgestellt (unten). Klinisch wurde der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion (SSP-Sehne) gestellt (oben). 3.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab im Bericht vom 5. Januar 2018 (Urk. 7/63) an, die Patientin klagt über anhaltende Beschwerden im Bereich der BWS sowie der rechten Schulter. Diese tue ihr vor allem bei Abduktionsbewegungen sowie beim Heben schwerer Lasten weh. Die Beschwerden im Bereich der BWS seien zum Teil atem- und belastungsabhängig (Ziff. 1).

Dr. B.____ nannte als Diagnosen eine traumatische Teilruptur der Supraspinatussehne rechts und eine schwere Prellung insbesondere der BWS und der rechten Thoraxhälfte mit posttraumatischer Reizung der Costovertebralgelenke (Ziff. 2). Die Patientin erhalte Physiotherapie und es seien mehrmals Infiltrationen der BWS und der Schulter erfolgt (Ziff. 4). Eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei aktuell noch nicht gegeben. Die Patientin sei insbesondere durch die Schulter

noch deutlich in ihrer Belastungsfähigkeit eingeschränkt (Ziff. 5). 3.5

Dr. B.____ antwortete in einem

weiteren Bericht vom 5. Januar 2018 (Urk.

7/111 /3-4) auf die Fragen der Staatsanwaltschaft Zürich-Sihl (Urk. 7/111/5) . Er gab an, die Verletzungen

der Schulter und der BWS hätten eindeutig eine traumatische Ursache beziehungsweise seien als unfallbedingt anzusehen (S. 1 Ziff. 3). Die Patientin leide seit dem Unfall unter starken Beschwerden im Bereich der BWS und der Schulter, die sie im Alltag und im Beruf zum Teil einschränkten. Die Schulter sei bei einer Rissbildung in der Sehne der Rotatorenmanschette schmerzhaft eingeschränkt (S. 1 Ziff. 4).

Die Teilverletzung der Rotatorenmanschette der rechten Schulter werde sehr wahrscheinlich ein bleibendes Problem darstellen (S. 2 Ziff. 7). Es bestehe weiter hin eine teilweise Arbeitsunfähigkeit. Er gehe davon aus, dass die Patientin noch mindestens drei Monate eingeschränkt belastbar sein werde (S. 2 Ziff. 8). 3.6

Dr. med.

C.____, Facharzt für Neurologie, stellte im Bericht vom 13.

April 2018 (Urk. 7/82/2-3) die Diagnosen Schulterschmerzen nach Unfall, ohne Hinweis auf eine

radikuläre oder peripher-neurogene Schädigung (S. 1 Mitte).

Dr. C.____ führte weiter aus, nach dem Unfall seien Schmerzen an der rechten Schulter aufgetreten. Die Patientin habe über eine Rippenprellung mit Schmerzen an den rechten Partien des Thorax berichtet. Sie leide unter Schmerzen, deren Punctum

maximum an der ventralen Schulter lokalisiert seien und die bei Elevation und Rotation im Schultergelenk auftreten würden. Bei der Arbeit als Zugbegleiterin sei sie beim Öffnen von Türen beeinträchtigt. Weiter habe sie über ein gelegentliches nächtliches Einschlafen der Hand und des Unterarmes berichtet. Bleibende Sensibilitätsstörungen habe sie nicht bemerkt. Die Muskelkraft sei normal. Die Patientin habe sich bereits vor dem Unfall vorgestellt. Damals sei ein leichtes Karpaltunnelsyndrom nachgewiesen worden (S. 1 unten). Der neurologische Befund sei unauffällig. Die Zusatzdiagnostik sei ebenfalls normal. Die geschilderten Schmerzen seien durch arthrogene beziehungsweise tendinogene Läsionen zu erklären und bedürften einer orthopädischen Einschätzung (S. 2 unten). 3.7

Dr. A.____ antwortete in einer Stellungnahme vom 18. April 2018 (Urk. 7/83 S. 2) auf die Fragen der Beschwerdeführerin (Urk. 7/83 S. 1). Er gab an, aktuell lägen keine strukturellen, objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 28. Juli 2017 mehr vor. Es sei zu einer Kontusion des Schädels, der HWS und des Thorax gekommen. Die rechte Schulter sei nicht beteiligt gewesen. Es lägen krankhafte Veränderungen der rechten Schulter vor, die nicht unfallkausal seien. Dr. A.____ verneinte, dass von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. 3.8

Im Verlaufsbericht vom 6. Juni 2018 (Urk. 7/94 S. 2) gab Dr. B.____

an, die Beschwerdeführerin habe bei Belastung und längerem Stehen Beschwerden an der rechten Schulter und der BWS (Ziff. 1). Er bestätigte die zuvor gestellten Diagnosen (Ziff. 2).

Als Befunde bestünden ausgeprägte paravertebrale Myogelosen mit segmentaler Hypomobilität im Bereich der mittleren BWS. Weiter bestehe ein ausgeprägter Druckschmerz über den Facettengelenken und den Costotransversalgelenken rechtsbetont bei Th8-11. Bezüglich der rechten Schulter bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte aktive und passive Abduktion und Außenrotation. Die Rotatormanchettestests seien negativ. Die Motorik und die Sensibilität seien intakt (Ziff. 3). Ab sofort bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4). 3.9 3.9.1

Dr. A.____ erstattete zuhanden der Beschwerdeführerin eine Aktenbeurteilung. Er führte im Bericht vom 13. September 2018 (Urk. 7/107) aus, die Hospitalisation

der Beschwerdeführerin sei am 28. Juli 2018 nach dem Unfall erfolgt. Dort sei nach genauer Untersuchung eine intrakranielle Blutung ausgeschlossen worden. Weiter seien weder eine Fraktur des Schädels, der HWS oder der BWS noch eine freie Flüssigkeit im Abdomen festgestellt worden. Dr. med. D.____ habe der Beschwerdeführerin am 8. August 2017 Physiotherapie verordnet. Bis zu diesem Zeitpunkt sei eine Schulterverletzung von

ärztlicher Seite nicht bekannt gewesen (S. 1 unten).

Dem Bericht über ein MRT der rechten Schulter

vom 1. Dezember 2017 sei eine wesentliche Beobachtung hinzuzufügen. Es bestehe eine fortgeschrittene degenerative Veränderung des AC-Gelenkes. Neben der vom Radiologen beschriebenen deutlichen Aktivierung des AC-Gelenkes finde sich ein knöcherner Sporn unterhalb des AC-Gelenkes, welcher zu einer Impression der Sehnenanteile von Supraspinatus und Infraspinatus führe. Es handle sich genau um das Gebiet, welches im Bericht als teilrupturiert bezeichnet worden sei (S. 4 oben). 3.9.2

Dr. A. ___ nannte als unfallkausale Diagnosen eine Rücken- und eine Schädelkontusion und einen Verdacht auf eine Schulterblattkontusion rechts. Als unfall unabhängige Diagnosen nannte er eine Schultergelenkarthrose rechts, Bursitis subdeltoidea rechts und artikulare Teilrupturen der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne rechts (S. 4 Mitte).

Dr. A. ___ führte in seiner Beurteilung aus, die Beschwerdeführerin sei am 28. Juli 2017 mit der Vespa verunfallt. Dabei sei sie mit dem Rücken und dem Kopf auf die Motorhaube des auffahrenden Fahrzeuges gestossen und dann auf die BWS

und auf das rechte Schulterblatt gefallen. Sie haben einen Helm getragen. Bei der Erstuntersuchung der Patientin im Spital sei keine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter vermerkt worden. In der Verordnung zur Physiotherapie vom 8.

August 2017 seien die Diagnosen einer Rippenprellung und eines BWS Syndroms gestellt worden. In der Verordnung vom 6. September 2017 seien ein Schleudertrauma, ein Muskelhartspann und eine Belastungsstörung diagnostiziert worden (S. 4 unten). Dr. B. ___ habe in der Verordnung vom 2.

Dezember 2017 erstmals die Diagnose einer Teilruptur der Supraspinatussehne mit posttraumatischer Kapsulitis gestellt. Die Diagnose sei somit

erst zirka fünf Monate nach dem Unfall gestellt worden. Nach den fachärztlichen Untersuchungen habe bis Oktober 2017 keine Schulterproblematik vorgelegen, welche behandelt werden müssen oder die klinisch diagnostiziert worden sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege eine degenerative Schultergelenkerkrankung vor. Dies bestätige auch die kernspintomographische Untersuchung des rechten Schultergelenks vom 1. Dezember 2017 (S. 5 oben).

Des Weiteren sei ungewöhnlich, dass

der im Aussendienstbericht geschilderte Unfallmechanismus mit Kopfkontusion und Aufprall der BWS

und des rechten Schulterblattes zu einer artikulareitigen, also gelenkseitigen Teilruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne

geführt haben soll. Aus orthopädischer Sicht und nach biomechanischen Gesichtspunkten sei eine Rückenkontusion oder eine dorsale Schulterblattkontusion nicht geeignet, eine Supraspinatus- oder eine Infraspinatusruptur zu verursachen. Eine solche Verletzung sei direkt nach dem Unfall auch nicht diagnostiziert worden. Ein typisches klinisches Zeichen einer traumatischen Ruptur der Sehnen am Schultergelenk sei unter anderem die Unfähigkeit des Patienten, den Arm zu heben oder das Heben des Armes sei nur unter

stärksten Schmerzen möglich. Dies wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Polytrauma-Untersuchung direkt nach dem Unfall aufgefallen. Somit sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Unfall vom 28. Juli 2017 nicht zur Schädigung der Rotatorenmanschette rechts gekommen (S. 5 Mitte).

Gemäss der kernspintomographischen Untersuchung der rechten Schulter lägen mehrere degenerative Veränderungen beziehungsweise Veränderungen der Schulter vor, die einen Verschleiss der Rotatorenmanschetten nach sich ziehen könnten. Es handle sich um ein hypertrophes Ligamentum coracoacromiale, wobei die Rotatorenmanschette durch eine Engstellensymptomatik (Impingement Symptomatik) zu einer Degeneration neige. Dies sei im konkreten Fall anzunehmen. Weiter liege eine Engstelle unter dem Akromioklavikulargelenk (Schultereckgelenk) rechts vor, mit Spornbildung unter dem Klavikulaköpfchen. Diese Veränderung führe ebenfalls zu einer Impression der Rotatorenmanschette mit chronischer Schädigung über die Jahre. Weitere degenerative Veränderungen lägen bezüglich einer Schleimbeutelreizung und der zystischen Struktur des Oberarmkopfes vor. Die artikulärseitige Ruptur, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur sei, sei eher gering ausgeprägt. Dies erkläre die gute Schultergelenksbeweglichkeit (S. 5 unten). Residuen einer frischen Einblutung, Kontusionsödeme oder andere unfallkausale Veränderungen seien im MRT nicht beschrieben worden. Des Weiteren sei bekannt, dass bei 40-60jährigen Personen bis zu 24% asymptotische Rotatorenmanschetten-Läsionen auftreten würden (S. 5 f.). Direkte Kontusionen der Rotatorenmanschette könnten Partialläsionen verursachen. Vorliegend sei es zur Kontusion des rechten Schulterblattes und der BWS gekommen. Die Stelle, welche teilgeschädigt sei, sei keinem direkten Trauma ausgesetzt gewesen. Bei fehlendem direktem Trauma liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine unfallkausale Läsion des Übergangsbereichs zwischen Supraspinatus- und Infraspinatussehne vor (S. 6 oben). Zusammenfassend lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturellen, objektiv fassbaren Folgen des Unfalles vom 28. Juli 2017 mehr vor (S. 6 Ziff. 1). 3.10

Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 27. November 2018 (Urk. 7/113) eine ärztliche Beurteilung zu den Stellungnahmen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin. Dr. E.____ führte aus, aus den Schreiben des Rechtsvertreters vom 25. September und 7. November 2018 würden sich keine wesentliche Änderungen der tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse gegenüber der kreisärztlichen Beurteilung vom 13. September 2018 ergeben. Der Beurteilung durch Dr. B.____, wonach für die Verletzungen der Schulter und der BWS ein deutliches traumatisches Geschehen bestünde, sei keine wissenschaftliche Beurteilung beigelegt (S. 3 unten). Für die vom Rechtsvertreter vorgeschlagene bildgebende Vergleichsuntersuchung fehle ebenfalls eine wissenschaftliche Grundlage (S. 4). 4. 4.1

Die Ärzte des Z.____

nannten im Kurzbericht vom 29. Juli 2017 betreffend die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin

als Diagnosen Auffahrunfall und Hyponatriämie vom 28. Juli 2017 (vorstehend E. 3.2).

Der behandelnde Arzt Dr. B.____ nannte im Bericht vom 5. Januar 2018 als Diagnosen eine traumatische Teilruptur der Supraspinatussehne rechts und eine schwere Prellung der BWS und der rechten Thoraxhälfte mit posttraumatischer Reizung der Costotransversalgelenke

(E. 3.4). Dr. A.____ bestritt in der Aktenbeurteilung vom 13. September 2018 dagegen, dass die Schulterbeschwerden auf den Unfall vom 28. Juli 2017 zurückzuführen sind (vorstehend E. 3.9.2). 4.2

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE

125 V 351 E. 3b / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismässigkeit 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). 4.3

Dr. A.____ legte ausführlich

und mit schlüssiger und nachvollziehbarer Begründung dar, weshalb die beim Arthro-MRT der rechten Schulter vom 1.

Dezember 2017 festgestellte Verletzungen einer artikulareseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne und einer artikulareseitigen Partialruptur der Infraspinatussehne

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur sind. Dabei wies er auf die im Bericht vom 1. Dezember 2017 beschriebenen degenerativen Veränderungen des rechten Schultergelenkes

hin, die die Beschwerden zu erklären vermögen (vorstehend E. 3.9.1 und 3.9.2). Weiter erwähnte er den bekannten Unfallmechanismus (vgl. Urk. 7/22 S. 1 oben). Beim Unfall ist es zum Anprall der BWS und des rechten Schulterblattes auf die Motorhaube des nachfolgenden Fahrzeuges gekommen. Gelenkseitige Teilrupturen der Sehnen im Schultergelenk sind gemäss Dr. A.____

durch den Unfallmechanismus

grundsätzlich nicht zu erklären (E. 3.9.2). Den Berichten von Dr. A.____ vom 13. September 2018 und von Dr. E.____ vom 27. November 2018 ist Beweiswert beizumessen. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin keine Zweifel.

Da auf die Beurteilungen durch die Kreisärzte abgestellt werden kann, ist auf weitere Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes und auf das Einholen eines Gutachtens zu verzichten.

4.4

In den Berichten des behandelnden Arztes Dr. B.____

fehlen dagegen weiter führende Angaben zur Ursache

der Sehnenrupturen (E. 3.4-3.5 und 3.8). Auf dessen Beurteilung kann daher nicht ohne Weiteres abgestellt werden. Des Weiteren trifft es zu, dass Dr. B.____ erstmals im Dezember 2017 in einer Verordnung zur Physiotherapie eine Verletzung des rechten Schultergelenkes erwähnte (vgl.

Urk. 7/65). Zuvor war von ärztlicher Seite keine Verletzung des rechten Schulter gelenkes festgestellt worden. Dass der Bericht vom 5. Januar 2018 zuhanden der Staatsanwaltschaft abgegeben wurde, führt zu keiner anderen Beurteilung. Ebenso wurde

im Rahmen der Erstbehandlung der Beschwerde führerin im Z.____ keine Beteiligung des r echten Schultergelenkes erwähnt . Dabei ver hält es sich gerade entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, wonach eine freie Schulterbeweglichkeit im Bericht über die Notauf nahme im Z.____ vom 29. Juli 2019 hätte vermerkt sein müssen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 10). Statt dessen ist davon auszugehen, dass eine massgeblich eingeschränkte Beweglich keit des rechten Schultergelenks nach dem Unfall bei der Erstuntersuchung und der Abklärung eines Polytraumas im Z.____ festgestellt und entspre chend vermerkt worden wäre (vorstehend E. 3.9.2).

Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass es sich beim Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht um einen Arzt handelt. Seine Aus führungen , wonach bei einer länger zurückliegenden Verletzung eine erhebliche Verfettung im Schultergelenk zu erwarten gewesen wäre (Urk. 1 S. 4 Ziff. 9 unten), vermögen die Beurteilung durch Dr. A.____ nicht in Zweifel zu ziehen. 4.5

Zusammenfassend ist auf die Beurteilungen durch Dr. A.____ und Dr. E.____ abzustellen. Gemäss den Berichten der Kreisärzte sind die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28. Juli 2017 zurückzuführen, sondern degenerativer Natur. Es fehlt daher an der Voraussetzung eines natürli chen Kausalzusammenhang s zwischen den Beschw erden und dem Unfall (E. 1.3 und 1.4). Die Beschwerdegegnerin hat ihre Versicherungsleistungen daher zu Recht per 15. Dezember 2018 eingestellt.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Juni 2019 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger

E. 5

) dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 4. Juni 2019 (Urk. 7/132 = Urk. 2) ab. 2.

Die Versicherte erhob am 4. Juli 2019 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 4. Juni 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese r sei aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten zu erstellen. Alsdann sei über die Ansprüche neu zu entscheiden (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. August 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 5. September 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden die Versicherungsleistungen - soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 10

Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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