

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00088 vom 7. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00088](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00088)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00088 du 7 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00088 del 7 dicembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

Die 1965 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit dem 1. Oktober 2007 als Agenturmitarbeiterin für die Y.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: Y.\_\_\_\_) und war damit bei dieser obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 28. August 2009 beim Fensterputzen das Gleichgewicht verlor und ca. 2.5 m in die Tiefe stürzte (Schadenmeldung vom 8. September 2009, Urk. 9/AK ;

Urk. 10/M7). In der erstversorgenden Klinik für Chirurgie im Spital Z.\_\_\_\_ wurden am 29. August 2009 die Diagnosen einer erstgradig

offene n distalen intraartikulären mehrfragmentären Humerusfraktur rechts bei Verdacht auf eine Comotio cerebri erhoben und gleichentags operativ mittels Olekranonosteotomie und Osteosynthesen versorgt (Urk. 10/M1). Am 14. Oktober 2009 erfolgte im Spital Z.\_\_\_\_ die Re-Osteosynthese bei sekundärer Olekranondislokation rechts (Urk. 10/M9). Aufgrund einer im Verlauf pseudarthrotischen Entwicklung mit erneuter langsamer Sekundärdislokation fand am 27. Januar 2010 die Entfernung einer Olekranonplatte statt (Urk. 10/M26). In der Zwischenzeit trat die Versicherte per 1. Juli 2010 eine neue Vollzeitstelle als Sachbearbeiterin für die A.\_\_\_\_

an (Urk. 9/AK). Insbesondere aufgrund progredienter Streckhemmung im rechten Ellbogen unterzog sie sich am 23. Dezember 2010 im Spital Z.\_\_\_\_ einer Osteosynthesematerialentfernung der ulnaren Platte sowie einer Neurolyse des Nervus

ulnaris (Urk. 10/M45). Am 25. Januar 2011 nahm die Versicherte ihre Arbeit wieder zu 50 % auf (Urk. 10/M52). Ab dem 7. Februar 2011 arbeitete sie 70 % (Urk. 10/M53) und ab 7. März 2011 wieder 100 % (Urk. 10/M54). Aufgrund eines ziehenden Schmerzes im Bereich des distalen Vorderarmes wurde die Versicherte am 30. Mai 2011 zur Ausmessung des Nervus

ulnaris Prof. Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie, des Zentrums C.\_\_\_\_ zugewiesen (Urk. 10/M66). Dieser konnte eine neurologische Schädigung ausschliessen (Urk. 10/M67-68). In der Folge wurde aufgrund der anhaltenden Schmerzen am rechten Arm am 22. August 2011 im Spital Z.\_\_\_\_ die Osteosynthesematerialentfernung am distalen Humerus durchgeführt (Urk. 10/M71). Insbesondere wegen eines Kraftverlustes im Bereich der Trizepsmuskulatur wurde der Versicherten nach einer zwischenzeitlich voll aufgenommenen Arbeitstätigkeit ab 5. Dezember 2011 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/M79-81, Urk. 10/M88, Urk. 10/M104). Mit Schreiben vom 17. September 2012 zeigte die Y.\_\_\_\_ der Versicherten an, dass sie die vorübergehenden Leistungen per Ende Dezember 2012 einstellen werde (Urk. 9/AK). Da die

Partnerunternehmung Solida Versicherungen AG (nachfolgend: Solida) die Leistungen im Invaliditätsfall zu erbringen hatte, wurde dieser das Dossier zur Prüfung der Leistungen für Erwerbsunfähigkeit und Integritätsschaden überwiesen. Diese sprach der Versicherten am 10. April 2013 eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15 % zu (vgl. Urk. 10/M118). Per 1. Mai 2013 trat die Versicherte eine neue Stelle als Kundenbetreuerin bei der D.\_\_\_\_ in einem 100%-Pensum an. Am 6. Dezember 2013 liess die Solida eine versicherungsmedizinische Abklärung zur verbliebenen Restarbeitsfähigkeit durchführen (Urk. 10/M109) und sprach der Versicherten am 7. April 2014 eine Rente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 20 % ab 1. März 2014 zu.

Diese stellte die Solida am 3. Dezember 2014 auf Ende Jahr wieder ein (vgl. Urk. 10/M118). Aufgrund einer Verschlechterung der Symptomatik am rechten Arm sowie einer erneuten vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 10/M118) wurde die Versicherte vom Hausarzt in die Sprechstunde von PD Dr. med. E.\_\_\_\_ am Zentrum für Endoprothetik und Gelenkchirurgie der Klinik F.\_\_\_\_ überwiesen. Dieser riet mit ärztlichem Zwischenbericht vom 10. Februar 2015 (Urk. 10/M119) infolge des aufgetretenen Reizzustandes mit Partialruptur der Trizespssehne und der Insuffizienz des Caput mediale zu einer Revisionsoperation, welche im Juni 2015 stattfand (Urk. 10/M123). Hierfür übernahm die Y.\_\_\_\_ erneut die vorübergehenden Leistungen (vgl. Urk. 9/M118). Per 1.

August 2015 verliess

die Versicherte ihre erst per 1. März 2015 angetretene Arbeitsstelle bei der Ärztekasse und begann bei der

G.\_\_\_\_ AG eine Tätigkeit wieder in vollem Pensum (vgl. Urk. 10/M158; Email vom 27. Juli 2015, Urk. 9/AK). Wegen Parästhesien in der rechten Hand fand am 14. März 2016 ein neurologisches Konsilium bei Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, statt. Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts und verschrieb der Versicherten eine Nachtschiene (Urk. 10/M133). Nach einer Beschwerdezunahme am rechten Arm wurde die Versicherte zur weiteren Abklärung Dr. I.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, des Handzentrums der Klinik J.\_\_\_\_ zugewiesen. Dr. I.\_\_\_\_ untersuchte die Versicherte am 31. August 2016 (Urk. 10/M143). Bis auf vereinzelte kurze Perioden blieb die Versicherte voll arbeitsfähig (Urk. 10/M134, Urk. 10/144, Urk. 10/M149, Urk. 10/M151, Urk. 10/M160-166).

Per 1. Januar 2019 übernahm die Solida das UVG-Geschäft der Y.\_\_\_\_. Am 31. Januar 2019 überwies die neue Hausärztin die Versicherte aufgrund von gelegentlichen Parästhesien der Hand und Schulterschmerzen rechts in die neurologische Sprechstunde des Spitals Z.\_\_\_\_, wo der Versicherten Physiotherapie verordnet wurde (Urk. 10/M172). Die im März 2019 konsultierten Ärzte des Zentrums für Unfallchirurgie in der Klinik K.\_\_\_\_ diagnostizierten neu eine kleine Supraspinatussehnenläsion der rechten Schulter und empfahlen eine konservative Behandlung mit Physiotherapie (Urk. 10/M174). Zur Zweitmeinung wurde die Versicherte in die Sprechstunde vom 4. Oktober 2019 von PD Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, überwiesen. Dieser sah ebenfalls keine dringliche Operationsindikation (Urk. 10/M178). Am 5. Dezember 2019 führte Dr. M.\_\_\_\_

vom Zentrum für Unfallchirurgie im Spital N.\_\_\_\_ eine Schultergelenksarthroskopie durch (Urk. 10/M180). Nach versicherungsmedizinischer Vorlage (Urk. 10/M182) verneinte die Solida mit Schreiben vom 6. April 2020 ihre Leistungspflicht für die Schulterbeschwerden

rechts ( Urk. 9/A6). Die Leistungs ablehnung bestätigte sie mit Verfügung vom 28. April 2020 ( Urk. 9/A11). Dagegen erhob die Versicherte am 14. Mai 2020 Einsprache ( Urk. 9/A15). Am 11. August 2020 konsultierte die Versicherte die Sprechstunde von PD Dr. E.\_\_\_\_ wegen vermehrter Schmerzen nach abruptem Hinsetzen auf ein Sofa vor fünf Wochen . PD Dr. E.\_\_\_\_ verordnete ihr

Physiotherapie ( Urk. 9/A16). Mit Schreiben vom 21. September sowie 8. Oktober 2020 lehnte die Solida Leistungen in Zusammenhang mit diesem Ereignis aufgrund fehlender Unfalldeckung ab ( Urk. 9/A17 und Urk. 9/A21). Mit Schreiben vom 15. Oktober 2020 nahm die Hausärztin dazu Stellung und bat um eine neue Beurteilung ( Urk. 9/A23). Nachdem die Solida am 27. Oktober 2020 detaillierte Auskünfte von der Versicherten zum Ereignis vom 16. Juli 2020 eingeholt hatte ( Urk. 9/A25), anerkannte sie die Leistungsübernahme im Zusammenhang mit dem Grundfall vom 28. August 2009 ( Email vom 5. November 2021 ,

Urk. 9/A26). Mit Einspracheentscheid vom 28. April 2021 lehnte sie jedoch die Einsprache vom 14. Mai 2020 betreffend rechtsseitige Schulterbeschwerden ab ( Urk. 2).

### **E. 1.1**

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

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 28. August 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Gemäss Art.

### **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 entfiere (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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

#### **E. 1.4**

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. 1.5**

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 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. 1.6**

Weder aus Art. 29 Abs. 1 und 2 der Bundesverfassung (BV) noch aus Art.

#### **E. 2**

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 4. Mai 2021 Beschwerde und beantragte, es seien unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids die Kosten für die aus dem Unfallereignis vom 28. August 2009 resultierenden Behandlungen der Schulterbeschwerden rechts zu übernehmen, eventualiter sei ein versicherungsexternes Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1). Die Beschwerdeführerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2021 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid insbesondere damit, dass die umfangreichen medizinischen Akten sowie die schlüssige und den Beweisanforderungen vollumfänglich genügende versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. O. \_\_\_ vom 27. März 2020 die massgebliche Grundlage für die zu beantwortende Frage hinsichtlich einer Leistungspflicht bildeten. Vor dem Hintergrund der in der Beurteilung von Dr. O. \_\_\_ enthaltenen überzeugenden Ausführungen ergebe sich als schlüssiges und plausibles Ergebnis, dass die geltend gemachten Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. August 2009 stünden und damit in dieser Hinsicht keine Leistungspflicht bestehe. Sodann stehe die Aktenbeurteilung von Dr. O. \_\_\_ vom 27. März 2020 in Einklang mit allen übrigen medizinischen Akten, weshalb keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprächen. Im Übrigen gehe der entscheidungsrelevante Sachverhalt aus den medizinischen Akten mit genügender Klarheit hervor, weshalb sich weitere Abklärungen – auch die beantragte Begutachtung – erübrigen würden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, bei den medizinischen Abklärungen habe sich die Beschwerdegegnerin ausschliesslich auf die Beurteilung ihres Konsiliararztes Dr. O. \_\_\_ gestützt. Sein Bericht vom 6. Dezember 2013 stehe jedoch im Widerspruch zu den Ausführungen auf S. 2 Ziff. 3 der Verfügung. Zudem widerspreche sich Dr. O. \_\_\_ selbst, wenn er in der Beilage M181 ausführe, dass er an der Schulter nichts feststellen könne, als er sie untersucht habe, die Schulterbeschwerden aber von ihm im Bericht vom 6. Dezember 2013 auf S. 2 im letzten Abschnitt aufgeführt worden seien. Zudem bemängle sie, dass die medizinische Beurteilung einzig und allein auf Grundlage der Akten erfolgt sei. Ferner müsse auch der Umstand berücksichtigt werden, dass die rechte Schulter bei der Behandlung im Jahr 2009 und auch später gar nie kontrolliert worden sei, was eine zeitnahe Diagnose verhindert habe. Gestützt auf ein MRT sei Dr. M. \_\_\_ dann zum Schluss gekommen, dass an der rechten Schulter klare Unfallfolgen des seinerzeitigen Sturzes vorlägen. Die medizinischen Beurteilungen seien daher kontrovers. Bei einer Diagnose, die typischerweise mit einem Sturzereignis aus erheblicher Höhe verbunden sei, könne nicht auf dieser widersprüchlichen Beweisgrundlage abgestellt werden. Um diese Mängel zu beheben, werde ein neutrales versicherungsexternes Gutachten beantragt (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Dr. P. \_\_\_ , Facharzt Chirurgie und Versicherungsmediziner der Suva , untersuchte die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2012 und führte in seiner fachärztlichen Beurteilung vom 14. Mai 2012 aus, grundsätzlich sei das Ausheilungsergebnis der komplexen Ellenbogen-gelenkstrümmersfraktur nach dem Unfallereignis vom 28. August 2009 aus chirurgischer Sicht als sehr gut zu bezeichnen. Die Beweglichkeit im humeroulnaren Gelenk sei weitgehend wieder hergestellt worden. Die Umwendbewegung des Unterarms sei uneingeschränkt. Die von der Beschwerdeführerin geklagten funktionellen Beeinträchtigungen seien durch den bildgebenden und den somatischen, klinisch

objektivierbaren Befund nur zum Teil zu erklären. So sei insbesondere das Ergebnis eines totalen Kraftverlustes mit der rechten Hand, gezeigt mit dem Jamar -Gerät, nicht durch die Verletzung des Ellenbogengelenks zu erklären und erscheine auch in Anbetracht fehlender Muskelminderung am rechten Unterarm nicht plausibel. Inwieweit tatsächlich eine mechanisch bedingte Insuffizienz des Trizeps bestehe, sei klinisch kaum zu überprüfen. Dass der Trizeps noch eine Restfunktion für die Armstreckung habe, sei aber objektivierbar. Primär seien von orthopädisch-chirurgischer Seite keine weiteren Massnahmen zur Verbesserung der Situation möglich. Es bestehe jedoch noch die Möglichkeit durch gezielte physiotherapeutische Massnahmen die Funktionalität des rechten Arms zu verbessern, wobei vorgängig psychische Begleitumstände dieses faktischen funktionellen Ausschlusses des rechten Arms noch zu untersuchen seien. Vorerst seien die medizinischen Voraussetzungen für den administrativen Fallabschluss noch nicht als gegeben anzusehen, da unklar sei, ob es sich tatsächlich auch in funktioneller Hinsicht um das Erreichen eines Dauerzustandes handle. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei an der aktuell erbrachten Leistung von 80 % festzuhalten, wobei das von der Beschwerdeführerin zurzeit praktizierte Arbeitspensum an vier Tagen mit jeweils acht Stunden ungünstig sei. Es werde empfohlen, an fünf Tagen in der Woche zu jeweils 80 % der täglichen Arbeitszeit zu arbeiten (Urk. 10/M91).

### **E. 3.2**

Dr. O.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, Manuelle Medizin (SAMM), Vertrauensarzt (SGV), untersuchte die Beschwerdeführerin und erhob in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. Dezember 2013 (Urk. 10/M109) die Diagnosen einer wesentlichen Belastungsintoleranz des rechten dominanten Armes wegen Schmerzen, allerdings bei fast seitengleicher Oberarmmuskulatur mit reizlosen Verhältnissen im Bereich des Ellenbogens, beim Stand nach einer distalen intraartikulären Humerusfraktur mit teilweise kompliziertem Heilverlauf sowie der Notwendigkeit einer Re-Osteosynthese, sekundärer Neurolyse des N. ulnaris und Verlagerung des Nerven bei vorübergehender Wundheilungsstörung. Aus psychischer Sicht bestünden gewisse Zeichen einer Überforderung mit peripherer Sensitivierung resp. Ausbereitung des Schmerzes bis in die Schultergürtelmuskulatur rechts, weniger links. Aktuell werde eine namhafte Besserung durch irgend eine geführte Therapie nicht mehr möglich sein. In Bezug der Schulterfunktionen führte Dr. O.\_\_\_\_ aus, diese seien beidseits erhalten. Die resistierte Austestung sei wegen Schmerzen etwas erschwert, aber ohne typische Hinweise für eine zusätzliche Problematik im Bereich der Rotatorenmanschette oder im Bereich des AC-Gelenkes rechts. Ebenso bestünden keine Anhaltspunkte für eine Problematik der langen Bizepssehne. Die Schulter erscheine klinisch sowohl ap wie auch vertikal stabil (Urk. 10/M109 S. 2).

### **E. 3.3**

Wegen persistierender Restbeschwerden am Ellbogen rechts wurde die Beschwerdeführerin an PD Dr. E.\_\_\_\_ vom Zentrum für Endoprothetik und Gelenkchirurgie an der Klinik F.\_\_\_\_ überwiesen, welcher in seinem Bericht vom 10. Februar 2015 folgende Diagnose erhob: - Reizzustand mit wahrscheinlich partialer Ruptur der Trizepssehne sowie Insuffizienz vor allem des Caput mediale des Trizepsmuskels bei - St. n. erstgradig, offener, distaler, intraartikulärer, mehrfragmentärer Humerusfraktur rechts vom 29.08.09, behandelt mit Osteosynthese - St. n. Re-Osteosynthese Olecranon mit Platte am 14.10.09 - St. n. Plattenentfernung Olecranon rechts am 27.01.10 - St. n. Plattenentfernung distaler

Humerus, Neurolyse N. ulnaris mit Vorverlagerung am 23.12.10 Die Beschwerdeführerin sei konservativ austherapiert. Es sei ihr die Möglichkeit der Revisionsoperation (vgl. nachfolgend E. 3.4) erläutert worden. Die Prognose werde als günstig erachtet, so dass die relevanten Schmerzen abnehmen würden. Die Streckung sei vor allem endständig sehr schwach. Dies entspreche in der Regel einer Schädigung des Caput mediale des Trizepsmuskels. Dies könne durchaus unfallbedingt sein. Ob dies durch die Operation verbessert werden könne, sei nicht sehr wahrscheinlich ( Urk. 10/M119).

#### **E. 3.4**

Im Spital Q.\_\_\_\_ wurde am 19. Juni 2015 die Revisionsoperation mit Entfernung aller drei Schrauben im Humerusbereich, Entfernung mehrerer Knochenfragmente, Split und Doppelung der Trizepssehne, Neurolyse und subkutaner Vorverlagerung des N. ulnaris sowie Neurolyse des N. radialis am Ellbogen rechts durchgeführt ( Urk. 10/M123).

#### **E. 3.5**

Dr. H.\_\_\_\_ erhob anlässlich ihrer neurologischen Konsiliaruntersuchung vom 14. März 2016 (Bericht vom 15. März 2014, Urk. 10/M133), welche aufgrund von Parästhesien in der rechten Hand erfolgte, folgende Diagnose: - leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts, EM 12/2015 - St. n. distaler Humerusfraktur rechts 08/2009 nach Sturz und mehrfacher Operation, initial mit osteosynthetischer Versorgung u.a. Plattenentfernung distaler Humerus, mit Neurolyse N. ulnaris und Vorverlagerung 12/2010, bei geringer residuell sensible r

Ulnarisneuropathie rechts - St. n. Revisionsoperation 06/2015 mit Neurolyse N. radialis in Höhe Ellbogen Als Ursache der neu

aufgetretenen und vor allem nächtlichen Parästhesien der rechten Hand habe sich neurographisch eine leichte distale Läsion des N. medianus nachweisen lassen. Somit sei diese Symptomatik auf ein leichtes Karpaltunnelsyndrom (CTS) zurückzuführen. Sichere klinische Ausfälle des Nervs lägen nicht vor. Zur symptomatischen Behandlung der nächtlichen Parästhesien sei der Beschwerdeführerin eine volare Handgelenksschiene für die Nacht verschrieben worden. Der weitere Verlauf bleibe darunter abzuwarten. Klinisch und neurographisch ergäben sich keine Hinweise auf eine Läsion des rechten N. radialis. Der N. ulnaris zeige eine geringe axonale Läsion der sensiblen Nervenfasern, wahrscheinlich residuell aufgrund der erlittenen Verletzungen bzw. beim Stand nach Neurolyse mit Vorverlagerung. Ein Leitungsblock in der Höhe des Ellbogens oder des Handgelenks finde sich aktuell aber nicht.

#### **E. 3.6**

Im Verlaufsbericht vom 25. Mai 2016 hielt PD Dr. E.\_\_\_\_ fest, es bestehe eine unbefriedigende Situation. Die Beschwerdeführerin könne zwar ganztags arbeiten, nach sechs bis sieben Stunden nähmen aber die Schmerzen zu. Sie benötige auch weiterhin Physiotherapie zum Lösen der Verspannungen. Therapieoptionen seien, die Situation so zu akzeptieren oder eine Revisionsoperation mit allenfalls Ersatz der geschädigten Trizepssehne mittels Achillessehnen-Allograft durchzuführen. Die Prognose diesbezüglich sei nicht sehr sicher. Diese sei daher nur zu empfehlen, wenn der Leidensdruck sehr gross werde, was im Moment nicht der Fall sei. Wegen der Gefühlsstörungen in der Hand mit elektrophysiologisch nachgewiesenem CTS werde die Beschwerdeführerin mit der Frage, ob allenfalls eine Karpaltunnelpaltung indiziert sei, Dr. I.\_\_\_\_ des Handzentrums der Klinik

J. \_\_\_ zugewiesen ( Urk. 10/M138).

### **E. 3.7**

Dr. I. \_\_\_ hielt im Bericht vom 7. September 2016 fest, es bestünden erhebliche Restbeschwerden an der rechten oberen Extremität im Zusammenhang mit der mehrfach operierten Humerusfraktur (2009, 2010, 2015), mit der zweimaligen Vorverlagerung des Ulnarisnerve n am Ellbogen, der Neurolyse des Radialisnerve n am Ellbogen sowie wechselnder, zurzeit erheblicher, Medianuskomppressionsproblematik im Carpalkanalbereich rechts. Neurologisch habe neben einer residuellen sensiblen Ulnarisneuropathie rechts zumindest auch ein mildes Carpal tunnel syndrom rechts nachgewiesen werden können. In der klinischen Untersuchung sei ein ausgeprägtes Hoffman- Tinel - Phänomen im Carpalkanalbereich aber auch entlang dem Medianusnerven bis zum Oberarm aufgefallen. Zudem seien der Phalen - wie auch der Durkan -Test rechts deutlich positiv mit Akzentuierung der erwähnten Sensibilitätsstörungen ausgefallen. Diese klinischen Befunde erschienen deutlich ausgeprägter, als die Messwerte der Neurographie habe vermuten lassen, weswegen der Beschwerdeführerin vor einer CTS-Operation vorsichtshalber die Steroidinfiltration des Carpalkanals zur besseren Abschätzung des Operationseffekts empfohlen werde. Am 2. September 2016 habe die Beschwerdeführerin telefonisch darauf verzichtet ( Urk. 10/M143 ).

### **E. 3.8**

Aufgrund von Schulterschmerzen erfolgte am 5. Januar 2017 eine MR - Arthrographie der Schulter rechts im Spital Z. \_\_\_ . Die bildgebenden Befunde wurden als leichte Tendinopathie am ventralen Ansatz der Supraspinatussehne ohne transmurale Ruptur beurteilt (Urk. 10/M146).

Das am 10. Januar 2017 veranlasste MRT des rechten Oberarmes zeigte eine bekannte posttraumatisch alterierte Trizepssehne bei kräftig ausgebildeter übriger Trizepsmuskulatur und ohne Hinweis auf eine relevante Insuffizienz (Urk. 10/M147).

### **E. 3.9**

Die von der Hausärztin aufgrund gelegentlicher Parästhesien der Hand und Schulterschmerzen rechts veranlasste neurologische Untersuchung bei Dr. R. \_\_\_ im Spital Z. \_\_\_ am 31. Januar 2019 zeigte eine Periarthropathia

humeroscapularis

(PHS) rechts mit subjektivem Kraftdefizit der rechten Hand seit anfangs Januar 2019. Der subjektive Eindruck der Beschwerdeführerin, dass die rechte Hand paretisch sei, könne nur partiell nachempfunden werden. Im klinischen Untersuchungsergebnis ergebe sich zwar eine generelle Minderinnervation der rechten Armmuskulatur, diese sei aber nicht fokalisiert im Sinne einer Mononeuropathie. Es sei zu diskutieren, ob es sich um eine Schoninnervation handle bei einer Periarthropathia

humeroscapularis , eventuell verstärkt durch eine ängstliche Erwartungshaltung. Es seien keine objektiven Zeichen für eine Nervenminderfunktion rechts zu erkennen, auch elektro neurographisch seien die Werte des Nervus

ulnaris , medianus und radialis rechts normal. Unter der Arbeitshypothese einer schmerzbedingten Minderinnervation werde der Beschwerdeführerin Physiotherapie, insbesondere gezielt auf die PHS-Problematik rechts, verordnet ( Urk. 10/M172.1).

### **E. 3.10**

Im KG-Eintrag vom 1. März 2019 des Zentrums für Unfallchirurgie wurde aktuell eine kleine Supraspinatussehnenläsion der rechten Schulter festgehalten. Der MRI-Befund des rechten Schultergelenks vom 5. Januar 2017 zeige mehrere subkortikale Zysten im Bereich der Supraspinatussehne. Die Schulter sehe sonst aber gut aus. Eine Sehnenruptur sei nicht zu sehen ( Urk. 10/M174).

Die am 12. März 2019 veranlasste MRT der rechten Schulter in der Klinik K.\_\_\_\_

habe nun als bildgebender Befund eine Ansatzpartialruptur der Supraspinatussehne sowie eine SLAP-Läsion Typ 3 ergeben ( Urk. 10/M173).

Im gleichentags erstellten KG-Eintrag wurde festgehalten, bei dem geringen Befund und der geringen Symptomatik bestehe keine Operationsindikation, d.h. es werde Physiotherapie durchgeführt ( Urk. 10/M174).

Im KG-Eintrag vom 13. Juni 2019 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei mit der MTT eigentlich sehr zufrieden und führe diese sowie die Physiotherapie weiter ( Urk. 10/M176).

Im KG-Eintrag vom 17. September 2019 wurde vermerkt, in der rechten Schulter bestünden wieder zunehmend Schmerzen, auch Nachtschmerzen. Es würden noch zwei Serien Physiotherapie verordnet ( Urk. 10/M177).

### **E. 3.11**

Anlässlich der am 4. Oktober 2019 durchgeführten Untersuchung in der schulter- und ellbogenorthopädischen Sprechstunde zur Zweitmeinung erhob PD Dr. med.

L.\_\_\_\_ die Diagnose einer Schulterkontusion/-distorsion rechts. Betreffend die rechte Schulter werde sowohl klinisch wie auch MR-tomografisch keine dringliche Operationsindikation gesehen. Der Spontanverlauf könne durch aus weiter abgewartet werden. Allenfalls sei eine subakromiale Infiltration bei partieller Läsion der Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis im Verlauf in Erwägung zu ziehen. Bei insgesamt schwerer, initialer Verletzung im Ellbogenbereich und daraus folgend mehreren Operationen, was auch zu einem Verlust von Olecranonknorpelsubstanz und somit vermindertem Streckapparat und auch zu Nervenirritationen geführt habe, sei es schwer zu beurteilen, ob die Schulter- und Armschmerzen auf eine neue Veränderung im Schulterbereich oder doch auf die alte Verletzung zurückzuführen seien. Somit sei mit einer allfälligen Operation im Schulterbereich auch nicht damit zu rechnen, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin vollumfänglich behoben werden könnten, allenfalls aber ein Teil davon. Dafür sei aber vorgängig sicher die Durchführung einer

Kortisoninfiltration

subakromial

empfohlen ( Urk. 10/M178).

### **E. 3.12**

Im Spital N.\_\_\_\_ wurden am 5. Dezember 2019 eine Arthroskopie mit einer Bizepssehnenentotomie und einer Naht der Supraspinatussehne einreihig an der rechten Schulter durchgeführt ( Urk. 10/M179).

### E. 3.13

Schliesslich nahm Dr. O.\_\_\_\_ am 27. März 2020 für die Beschwerdegegnerin eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor (Urk. 10/M182). Die Lokalisation der beschriebenen Läsion im Bereich des Footprints weise auf eine Degeneration der Supraspinatussehne hin. Sowohl bei der fachärztlichen Untersuchung durch Dr. P.\_\_\_\_ der Suva als auch bei seiner persönlichen Untersuchung seien keine klinischen Befunde feststellbar gewesen, welche auf eine Rotatorenmanschettenläsion hingewiesen hätten. Ebenso sei in den Echtzeitdokumenten keine Schulterproblematik beschrieben worden. Damit sei ein Zusammenhang der Rotatorenmanschetten-Problematik 10 Jahre nach dem Ereignis mit Sicherheit auszuschliessen und die Schulterproblematik sei überwiegend wahrscheinlich auf Krankheitsfolgen zurückzuführen. 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund der von der Beschwerdeführerin beklagten Schulterbeschwerden rechts leistungspflichtig ist. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht auf die aktenbasierte versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ vom 27. März 2020 (E. 3.13). Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2021 vom 10. März 2022 E. 2.1). Anhand der ihm zur Verfügung gestellten Vorakten konnte sich der Vertrauensarzt ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Behandlungsverlauf sowie den gegenwärtigen gesundheitlichen Status der Beschwerdeführerin verschaffen. Demnach vermag der Umstand, dass er vorliegend keine eigene Untersuchung durchgeführt hatte, den Beweiswert seiner Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären.

Als wesentlich sah Dr. O.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 27. März 2020 an, dass die Schulterproblematik weder bei der fachärztlichen Untersuchung von Dr. P.\_\_\_\_ am 9. Mai 2012 (E. 3.1) noch in seiner Untersuchung am 6. Dezember 2013 (E. 3.2) im Vordergrund stand und bei der resistierten Austestung durch ihn keine typischen Hinweise für eine Problematik der Rotatorenmanschette feststellbar waren. Ferner hielt er übereinstimmend mit der Aktenlage fest, dass auch in den Echtzeitdokumenten keine Schulterproblematik beschrieben worden sei, und legte dar, dass die Lokalisation der beschriebenen Läsion im Bereich des Footprints auf eine Degeneration der Supraspinatussehne hinweise. Demnach schloss er, dass die geltend gemachten Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. September 2009 stünden. Die Argumentation von Dr. O.\_\_\_\_ vermag in jeder Hinsicht zu überzeugen, da sie plausibel ist und sich daraus keine Widersprüche ergeben. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumenten bezüglich der sich widersprechenden Aussage von Dr. O.\_\_\_\_ (E. 2.2) kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (Urk. 2 S. 8), denen das Gericht nichts hinzuzufügen hat. Damit erfüllt die Beurteilung vom 27. März 2020 von Dr. O.\_\_\_\_ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (E. 1.5). 4.3

Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der versicherungsmedizinischen Beurteilung sprechen, sind nicht ersichtlich. In den medizinischen Akten nach dem Unfallereignis wurden weder Schmerzen an der rechten Schulter noch äussere Verletzungen, die darauf hindeuteten, dass die rechte Schulter im Zuge des Sturzes tangiert resp. verletzt worden wäre, dokumentiert. Auch anlässlich der Untersuchung vom 9. Mai 2012 durch Dr. P. \_\_\_ standen die Schmerzen am Oberarm nahe dem Ellbogengelenk im Vordergrund. An der rechten Schulter erwähnte die Beschwerdeführerin insbesondere Schmerzen bzw. eine Blockierung der rechten Schulter im Zusammenhang mit einer Blockierung der Nacken- und Rückenmuskulatur aufgrund von Bewegungseinschränkungen wegen der erlittenen komplexen Ellbogengelenkstrümmerfraktur

mit kompliziertem Verlauf (Urk. 10/M91 S. 4-5). Eine wesentliche Verspannung der Schultergürtelmuskulatur und Schmerzen an der rechten Schulter konnte auch Dr. O. \_\_\_ in seiner Untersuchung vom 6. Dezember 2013 feststellen, weshalb er eine resistierte Austestung der rechten Schulter vornahm, welche aber ohne Hinweise für eine zusätzliche Problematik im Bereich der Rotatorenmanschette oder im Bereich des AC-Gelenkes rechts blieb (Urk. 10/M109 S. 2). Diesem Befund widerspricht Dr. M. \_\_\_ nicht. Er führte im KG-Eintrag vom 1. März 2019 unter Diagnosen den Sturz der Beschwerdeführerin vom 28. August 2009 auf, berichtete jedoch übereinstimmend mit dem Befund von Dr. S. \_\_\_ der Radiologie im Spital Z. \_\_\_ , dass im bildgebenden Befund des MRT vom 5. Januar 2017 der rechten Schulter des Spitals Z. \_\_\_ keine Supraspinatussehnenruptur

zu erkennen sei

und berichtete ebenfalls über keine SLAP-Läsion (E. 3.8 und E. 3.10). Im Übrigen lagen ihm im Unterschied zu Dr. O. \_\_\_ die Unfalldokumentation sowie die umfassenden Akten ohnehin nicht vor. Damit ist festzuhalten, dass sich keine Zweifel an den Beurteilungen von Dr. O. \_\_\_ aufdrängen und davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin durch das Ereignis vom 28. August 2009 überwiegend wahrscheinlich keine Verletzung an der rechten Schulter erlitten hat, welche zehn Jahre später zu einer Supraspinatussehnenruptur geführt und eine Schulterarthroskopie notwendig gemacht hätte, zumal selbst PD Dr. L. \_\_\_

ausführte, es sei schwer zu beurteilen, ob die Schulter- und Armschmerzen auf eine neue Veränderung im Schulterbereich oder doch auf die alte Verletzung zurückzuführen sei. Somit sei mit einer allfälligen Operation im Schulterbereich auch nicht damit zu rechnen, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin vollumfänglich behoben werden könnten, allenfalls aber ein Teil davon, weshalb er vor einer Schulterarthroskopie eine Kortisoninfiltration empfahl (E. 3.10). 4.4

Nach dem Gesagten fehlt es bereits am initialen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den über zehn Jahre später aufgetretenen und behandlungsbedürftigen Beschwerden an der rechten Schulter und dem Unfallereignis vom 28. August 2009, wodurch auch eine mögliche durch das Unfallereignis entstandene Teilursächlichkeit entfällt. Der entscheidungsrelevante Sachverhalt geht aus den medizinischen Akten mit genügender Klarheit hervor, weshalb sich weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung erübrigen (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann auch auf die Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens verzichtet werden (E 1.

## E. 6

). 5.

Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Kausalität zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden an der rechten Schulter, welche zu einer Schulterarthroskopie führten, verneint hat, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 HurstWantz

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