

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00101 vom 21. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00101

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00101 du 21 décembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00101 del 21 dicembre 2022

Erwägungen

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 22. Dezember 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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 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 (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1).

E. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.4

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_627/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 2.3 und 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572;

BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Am 23. Mai 2022 (Urk. 1) erhob die Versicherte Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. August 2021 (Urk. 2) und beantragte dessen Aufhebung sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2022 (Urk. 8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 22. Juni 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Beurteilung durch ihren beratenden Arzt habe ergeben, dass auf dem Boden der vorliegenden Befunde und der radiologischen Bilder keine schwere unfallbedingte Arthrose vorliege (S. 4 lit . m). Es liege kein Rückfall vor (S. 5 lit . n). Die ärztliche Beurteilung sei beweismässig, es sei daran nicht zu zweifeln (Urk. 8 S. 3 lit . B1). Weder in den Akten vor der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 13. August 2018 noch in den danach ergangenen sei eine schwere glenohumerale Arthrose rechts mit Knorpelläsion des Humeruskopfes bis zu Grad IV erwähnt worden, was bei einem derartigen Befund auch für medizinische Laien irritierend sei. Es sei daran zu erinnern, dass die Beurteilung von Radiologie-Aufnahmen immer einen gewissen Interpretationsspielraum des Arztes beinhalte. Der beratende Arzt habe die Fehlinterpretation des MRI erklärt. Sowohl eine schwere glenohumerale Arthrose als auch ein entsprechender Anspruch auf eine Integritätsentschädigung seien dadurch widerlegt worden (Urk. 8 S. 5 Ziff. 4).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), gemäss MRI vom 13. August 2018 liege eine schwere glenohumerale Arthrose rechts mit Knorpel läsionen des Humeruskopfes bis zu Grad IV vor. Dieser Befund sei unfallkausal und führe zur Ausrichtung einer Integritätsentschädigung (S. 3 Ziff. 2). Diese Diagnose gehe klar und eindeutig aus der Bildgebung hervor. Wenn die Beschwerdegegnerin diese Befunde nicht akzeptiere, müsse sie ein versicherungs externes Gutachten einholen, da bei versicherungsinternen Beurteilungen strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen seien (S. 3 Ziff. 4).

E. 3.1

Die Ärzte des Stadtspitals Z.____ stellten mit Au strittsbericht vom 26. Dezember 2015 (Urk. 9 /M3) die nachfolgend verkürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - subcapitale , dislozierte Humerusfraktur mit Abriss des Tuberculum majus - Periarthritis humeroscapularis rechts Erstdiagnose August 2014 - Impingement subacromial und subkorakoidal , anterior akzentuierter Reiz zustand (MRI 17. März 2015)

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

Eine Verlaufskontrolle vom 2. Februar 2016 durch Dr. med. A.____ , l eiten der Arzt Traumatologie / Orthopädie (Urk. 9 /M4), ergab sechs Wochen nach der Operation noch

eine Rest-Schmerzhaftigkeit und eine deutliche Bewegungseinschränkung bei präoperativ bestandener Physiotherapie gegen eine Capsulitis. Radiologisch besteht jedoch ein problemloser Verlauf.

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 21. April 2016 (Urk. 9 /M6) Restschmerzen bei Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer proximalen Drei-Part-Fraktur des Humerus rechts sowie einen Status nach Frozen

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

shoulder verursacht worden seien. Perorale Analgetika würden nach Möglichkeit nicht verwendet. Der Befund und die Schulterultraschalluntersuchung hätten eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit im antero-lateralen Deltabereich über der Platte ergeben, ebenso etwas Flüssigkeit in der Bursa subacromialis sowie eine AC-(Acromio-Claviculargelenk) Arthrose (S. 1).

Anzeichen für eine erneute adhäsive Capsulitis fanden sich nicht. Die Schmerzen schienen eher durch den Status nach Osteosynthese und möglicherweise durch Irritationen der Weichteile (verursacht durch die Platte) zu entstehen. Bei weiteren Beschwerden wäre eventuell die Entfernung der Platte zu diskutieren (S. 2).

E. 3.3

Am 20. September 2016 (Urk. 9 /M15) hielt Dr. B.____ fest, es fanden sich keine Entzündungszeichen und kein Druckschmerz. Alle Schulterbewegungen seien relativ schmerzhaft (S. 1). Die Schmerzlokalisation sei weiterhin der antero-laterale Deltabereich. Es sei eine subacromiale Steroidinjektion zur Therapie der persistierenden, wahrscheinlich entzündlich bedingten Schmerzen durchgeführt worden; im Verlauf einer Woche sollte mindestens eine Symptomreduktion um 50 % eintreten (S. 2). Mit Bericht vom 27.

September 2016 (Urk. 9 /M16) führte Dr. B.____ aus, es zeige sich eine Woche nach der Steroid-Injektion keine wesentliche Besserung der Symptomatik. Die Untersuchung weise auf eine erneute postoperative adhäsive Kapsulitis hin, weshalb er eine intraartikuläre Steroid-Injektion unter sterilen Kautelen vorgenommen habe.

Dr. B.____ berichtete am 1. November 2016 (Urk. 9 /M19), die letzte Steroid-Injektion habe einen positiven Effekt erbracht, die Symptomatik sei jedoch seit einigen Tagen wieder progredient. Er habe deshalb eine Steroid-Injektion direkt an die lange Bizepssehne durchgeführt. Eine erneute Untersuchung vom 10. November 2016 (Urk. 9 /M20) ergab, dass die Symptomatik weiterhin ausgeprägter sei als vor der intraartikulären Injektion. Die Beschwerdeführerin wolle diese nochmals durchführen lassen. Sollte dies keine Besserung bringen, sei eine Re-Arthroskopie notwendig.

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, beantwortete am 22. November 2016 (Urk. 9 /M17) die Frage, ob die heutigen Beschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom 22. Dezember 2015 zurückzuführen seien, mit «eher nicht» (Ziff. 2). Eine Bewegungseinschränkung nach dieser schweren Humeruskopf-Fraktur könne als normal angesehen werden (S. 1 unten).

E. 3.5

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

Tenodese der langen Bizepssehne mit dem Bi zeps-Button durchgeführt (Urk. 9 /M23). Mit Verlaufsbericht vom 15. Dezember 2016 (Urk. 9 /M22) führte Dr. B.____ aus, es zeige sich zwei Wochen postoperativ bereits ein sehr erfreulicher Verlauf mit Regredienz eines Grossteils der präoperativ noch existenten Schmerzen im Bereich des Sulcus

bicipitalis . Auch die Wundschmerzen hätten gut abgenommen. Sechs Wochen postoperativ habe sich ein weiterhin positiver Verlauf gezeigt, wenngleich die einschränkenden Schmerzen wieder etwas progredient seien. Dies sei einerseits auf die vermehrte Mobilisation und Aktivierung der rechten Schulter zurückzuführen, andererseits möglicherweise mental bedingt durch die Stresssituation mit Hospitalisation des Ehemannes (Urk. 9 /M25 S. 2). Aufgrund der persistierenden Schmerzen veranlasste Dr. B.____ in der Folge eine Abklärung betreffend eines Low-grade-Infekts (Urk. 9 /M26 S. 2). Die mikrobiologische Untersuchung habe jedoch keinen positiven Befund ergeben. Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf Low-grade-Infekt werde eine kombinierte Antibiose durchgeführt (Urk. 9 /M28).

E. 3.6

Am 26. April 2017 führte Dr. B.____ eine weitere Arthroskopie mit Entnahme von Gewebeprobe(n) durch (vgl. Urk. 9 /M35) und führte mit Bericht vom 23. Mai 2017 (Urk. 9 /M29) aus, es werde die Antibiose durchgeführt. Mit einem weiteren Bericht vom 20. Juni 2017 (Urk. 9 /M34) hielt Dr. B.____ fest, die Schulterschmerzen seien vier Wochen nach Beginn der Antibiose unverändert (S. 2). Es sei inspektorisch eine Atrophie der rechten Schultermuskulatur festzustellen (S. 1).

E. 3.7

Dr. C.____ erstattete am 29. August 2017 (Urk. 9 /M38) einen medizinischen Bericht zuhanden der Beschwerdeführerin und führte aus, die Beschwerdeführerin habe massive Beschwerden im rechten Schultergelenk. Die Beweglichkeit sei einerseits schmerzhaft, andererseits recht bescheiden mit einer Flexion von 90 Grad, einer Abduktion von 45 Grad und dabei einer Aussen-Innen-Rotation von 15-0-15. Das Schultergelenk sei extrem berührungsempfindlich. Die erhobenen Befunde seien ausschliesslich auf das Ereignis vom 22. Dezember 2015 zurückzuführen. Es handle sich um einen extrem protrahierten schmerzhaften Verlauf, wobei die Grundfrage gestellt werden müsse, wann der Infekt gesetzt worden sei, eventuell bereits anlässlich der ersten Operation, was aber nicht mehr bewiesen werden könne. Es sei kein Vorzustand verschlimmert worden («entfällt»; S. 2). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin Hauswirtschaft wie auch in jeder anderen Tätigkeit arbeitsunfähig. Jegliche Arbeit über der Horizontalen sowie das Tragen schwerer Lasten sei nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei nicht einmal in der Lage, ihren Haushalt korrekt zu führen. Auch einfachste repetitive Arbeiten könnten mit diesem Schultergelenk nicht durchgeführt werden (S. 3). Ob von einer weiteren Behandlung noch eine wesentliche Besserung zu erwarten sei, könne noch nicht beantwortet werden. Sollte keine weitere Therapie mehr notwendig werden, könnte er sich durch aus vorstellen, dass per Ende 2017 der Endzustand festzustellen sei (S. 4). Die Beschwerdeführerin habe Anrecht auf eine Integritätsentschädigung. Bei dieser schlecht beweglichen und sehr schmerzhaften Schuldersituation könne Tabelle 1.2 beigezogen

werden und hier sei höchstens von einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen auszugehen, was einer Integritätsentschädigung von 15 % entspreche (S. 5).

E. 3.8

Dr. B.____ stellte mit Bericht vom 12. September 2017 (Urk. 9 /M39) folgende Diagnosen (S. 1): - Restschmerzen Schulter rechts bei - Status nach Re-Re-Arthroskopie und Entnahme von Gewebeproben zur mikrobiologischen Untersuchung am 26. April 2017 bei - Status nach Re-Arthroskopie Schulter rechts und offener, subpektoraler Tenodese der langen Bizepssehne (LBS) am 30. November 2016 bei - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit zirkumferenter

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

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

E. 3.9

Am 16. Oktober 2017 (Urk. 9 /M40) fand an der Schmerzklinik D.____

eine ultraschall-gesteuerte Anästhesie des Plexus brachialis in der Scalenuslücke rechts mit Mobilisation des Schultergelenks statt. Die Beschwerdeführerin sei bei Entlassung schmerzfrei und die Gelenkbeweglichkeit frei gewesen. Die Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit sei somit ausschliesslich schmerzbedingt, es bestehe keine mechanisch bedingte Einschränkung.

Eine hinsichtlich der Frage eines Low grade-Infekts und allenfalls einer Nekrose am 1. Dezember 2017 durchgeführte 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-/CT ergab keine Hinweise auf eine Osteomyelitis des proximalen rechten Humerus und vollständige Konsolidationen der stattgehabten proximalen Humerusfraktur rechts ohne Hinweise auf eine Femurkopfnekrose (Urk. 9 /M44). Am 4. Dezember 2017 wurden eine Plexusblockade zur Gelenkmobilisation und eine Neuromodulation rechts durchgeführt (Urk. 9 /M42).

E. 3.10

Am 21. Dezember 2017 erstatteten die Fachpersonen des Zentrums E.____ AG

ihr unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese, Durchführung eigener Untersuchungen sowie einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit verfasstes Gutachten (Urk. 9 /M45) und stellten unter anderem folgende Diagnosen (S. 18): - chronischer, immobilisierender Schulterschmerz rechts mit und bei - three -part proximaler Humerusfraktur rechts am 22. Dezember 2015 mit Abriss des Tuberculum majus - Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 23. Dezember 2015 - strukturell bildgebend konsolidierter Fraktur inkorrekt (richtig wohl: in korrekter; vgl. S. 13 f.) Stellung - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie, zirkumferenter

Kapsulotomie , subacromialem Débridement , Adhäsiolyse und Acromioplastik

- Osteosynthesematerialentfernung - Status nach Re-Arthroskopie Schulter rechts und offener, subpektoraler Tenodese der langen Bizepssehne - klinisch vollständiger freier Gelenksbeweglichkeit nach ultraschall gesteuerter Anästhesie des Plexus brachialis rechts Die Fachpersonen hielten fest, es sei aufgrund der Anamnese davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis in der rechten Schulter nicht völlig beschwerdefrei gewesen sei und keine völlig uneingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts vorgelegen habe (S. 15 Mitte). Ein Infekterreger habe nicht nachgewiesen werden können, was die Beschwerdeführerin bestätige (S. 16 Mitte). Die Einschränkungen des Gelenks seien ausschliesslich schmerzbedingt, so dass keine Frozen

shoulder vorliege. Anlässlich der aktuellen Anamnese beklage die Beschwerdeführerin jedoch weiterhin extremste Schmerzen und eine extremste schmerzbedingte Bewegungseinschränkung mit rechts aktuell bei 10, minimal bei 9 auf der Visuellen Analogskala (VAS; S. 16 unten). Bei der aktuellen Untersuchung finde sich eine aktive und passive Bewegungseinschränkung für die Elevation, Abduktion und Aussenrotation, nicht für die Innenrotation und Retroversion rechts. Sonst fänden sich keine Bewegungseinschränkungen oder Pathologien an den Gelenken. Die Armumfänge am Oberarm rechts und links seien seitengleich, so auch die beiden Unterarmumfänge. Dies widerspreche den Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie den rechten Arm nicht bis wenig gebrauche und vor allem den linken einsetze und dadurch eine überlastungsbedingte Problematik links bestehe. Diese Umfänge wiesen eindeutig darauf hin, dass keine relevante Schonung des rechten Armes und der rechten Schulter erfolge. Es sei auch in den Akten und der Bildgebung keine relevante Atrophie oder Läsion der Rotatorenmanschette rechts verzeichnet. Auch dies spreche für eine rein schmerzbedingte und nicht strukturell bedingte Bewegungseinschränkung. Die Frage, was die subjektiv beklagten extremen Schmerzen bedinge, könne weder mit den bisherigen Abklärungen noch in der aktuellen Untersuchung beantwortet werden. Ein persistierender Low-grade Infekt habe nicht nachgewiesen werden können, ebenso

wenig seien periphere Nervenverletzungen dokumentiert oder klinisch aktuell objektivierbar. Klinisch fänden sich auch keine Hinweise für eine von der Halswirbelsäule (HWS) ausgehende Schmerzproblematik. Eine Frozen

shoulder liege nicht vor. Differentialdiagnostisch müsse nach einer Schmerzverarbeitungsproblematik auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung oder einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung gefragt werden. Angesichts wiederholter Operationen nach dem Unfallereignis, dadurch bedingter Gewebereaktionen und angesichts dessen, dass dadurch auch kleinste Weichteil-Gewebeschädigungen zustande gekommen seien, sei davon auszugehen, dass auch kleinste nervale Strukturen gestört worden seien. Somit seien zumindest im Rahmen einer Unfall-Teilkausalität neuropathische Beschwerden als Ursache der Restbeschwerden zu postulieren (S. 17). Die Intensität der Schmerzen und der dadurch bedingten Einschränkung könne somatisch-medizinisch nicht plausibel nachvollzogen werden. Auffällig und inkonsistent sei, dass die Beschwerdeführerin trotz intensivster Schmerzen keine oder nur selten Schmerzmedikamente einnehme (S. 17 unten f.). Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) habe die Versicherte bei allen problembezogenen Tests eine sehr deutliche Selbstlimitierung gezeigt. Bei den problemfernen Tests habe sie im Wesentlichen eine gute Leistungsbeurteilung gezeigt. Insgesamt habe sie sich nicht einmal im sehr leichten Bereich belasten lassen. Die Selbsteinschätzung sei ausserordentlich zu tief gewesen. Auch bei der EFL habe die

Beschwerdeführerin eine VAS-Angabe von 10 und am zweiten Tag sogar von über 10 angegeben. Insgesamt habe sie sich erheblich symptomatisch ausgeweitet gezeigt (S. 18). Das arbeitsbezogen relevante Problem bestehe in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten. Die Leistungsbereitschaft sei als nicht zuverlässig zu beurteilen. Die Konsistenz sei schlecht gewesen (S. 19). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin, selbst wenn noch unfallbedingt, eventuell neuropathische Rest-Beschwerden geringen Ausmasses vorliegen würden, ihre bisher leichte, nur in einem Teilzeitpensum geleistete Tätigkeit in vollem Umfang und auch zu 100 % verrichten könne. Von dieser Arbeitsfähigkeit sei drei Monate nach der letzten Operation auszugehen. Für anderweitige leichte Tätigkeiten bestehe mit lediglich manchmal zu verrichtenden Überkopfarbeiten eine Arbeitsfähigkeit von ebenfalls 100 % drei Monate nach der letzten Operation (S. 20). Die Narbenbefunde könnten sicher dem Unfallereignis zugeordnet werden, nicht jedoch die aktuell demonstrierte Bewegungseinschränkung. Die intensivsten Schmerzen könnten als teilbedingt eingeordnet werden. Ein Vorzustand, der hätte verschlimmert werden können, habe nicht vorgelegen. Eine Zunahme im Sinne einer Vergrößerung des vorbestehenden kleinen Humerusosteophyten oder einer Arthroseentwicklung des rechten Schultergelenks liege nicht vor (S. 21). Aus unfallbedingter Sicht könne durch eine Fortsetzung der Behandlung keine wesentliche Besserung erreicht werden. Die intensive Schmerzproblematik sei nicht anatomisch-strukturell erklärbar. Postulierbar seien teilweise unfallbedingte neuropathische Restbeschwerden. Gemäss den Akten seien jedoch alle Behandlungsversuche der vorbestehenden, linksseitigen, als neuropathisch postulierten Thorax-Beschwerden keiner Behandlung zugänglich beziehungsweise erfolglos gewesen. Es sei nicht ersichtlich, weshalb allfällige Behandlungen gegen neuropathische Beschwerden im Schulterbereich nun zum Tragen kommen sollten (S. 22 unten f.). Eine unfallbedingte Einschränkung im Sinne einer Frozen

shoulder, einer unfallbedingt entstandenen Arthrose oder Verschlimmerung einer Arthrose könne nicht objektiviert werden. Eine Integritätsentschädigung sei so gesehen nicht geschuldet. Die unfallbedingten neuropathischen Restschmerzen lägen (nebst einer anderweitigen Schmerzgenese) nur in geringfügiger Intensität vor. Sie führten nicht zu einer schmerzbedingten Funktionseinbusse, welche die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung überschreite (S. 23 unten).

E. 3.11

Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, führte am 15. Februar 2018 (Urk. 9 /M46) aus, dass die beidseitig ausgeprägten Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit schmerz- und nicht mechanisch bedingt seien. Entgegen der Beurteilung durch die Beschwerdeführerin könne daraus jedoch nicht gefolgert werden, dass die Beschwerdeführerin gesund und arbeitsfähig wäre. Auch lasse sich nicht schliessen, dass es sich um eine somatoforme Schmerzstörung handle, denn eine solche wäre mittels Plexusanästhesie nicht blockierbar. Es müsse von einem neuropathischen Schmerzleiden ausgegangen werden, welches mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge mit sich daraus ergebenden wiederholten Operationen zu betrachten sei (S. 2). Es verbleibe noch die Evaluation neuromodularer Massnahmen, insbesondere der Neurostimulation des Rückenmarks mittels Einlage epiduraler Elektroden, wofür um Kostengutsprache ersucht werde (S. 3).

Am 4. April 2018 wurden der Beschwerdeführerin zwei epidurale Stimulations elektroden zur diagnostischen Neurostimulation eingelegt (Urk. 9 / M 47).

E. 3.12

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, Vertrauensarzt der Pensionskasse der Beschwerdeführerin, hielt in seinem Bericht vom 28. März 2018 (Urk. 9/J10/

E. 3.13

Das hiesige Gericht hielt gestützt auf diese Aktenlage in seinem Urteil vom 7. Januar 2020 im Verfahren UV.2018.00216 fest, dass die Beschwerdeführerin am 22. Dezember 2015 einen Bruch des Oberarmknochens mit Abriss des Knochenvorsprungs (Tuberculum majus) erlitten habe. Muskeln, Bänder oder Sehnen seien dabei nicht verletzt worden. Dass die Beschwerdegegnerin gut zwei Jahre nach diesem Unfallereignis ihre Leistungen per 31. Januar 2018 eingestellt habe, sei von der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht gerügt worden und angesichts des Umstands, dass im Oktober 2017 eine mechanisch bedingte Einschränkung nicht mehr bestätigt werden können, nicht zu beanstanden. Auch eine Infektion sei nicht nachgewiesen worden (vgl. E. 4.1 des genannten Urteils). Weiter hielt das Gericht in E. 4.2 fest, dass gemäss E.____-Gutachten die intensive Schmerzproblematik anatomisch-strukturell nicht erklärbar sei. Ein Persistieren der Infektion habe nicht nachgewiesen werden können, ebenso seien keine peripheren Nervenverletzungen dokumentiert oder klinisch objektivierbar, und es liege keine Frozen shoulder vor. Ein unfallbedingtes organisches Korrelat für die verbleibenden Schmerzen der Beschwerdeführerin habe sich somit spätestens Ende 2017 nicht mehr gefunden. Der Beurteilung durch Dr. C.____, der die Befunde ausschliesslich auf das Unfallereignis vom 22. Dezember 2015 zurückführte, könne demgegenüber nicht gefolgt werden, da dies er-tatsachenwidrig davon ausgegangen sei, es sei eine Infektion aufgetreten. Dies setze den Beweiswert seiner Expertise entscheidend herab. Zudem sei nicht auszuschliessen, dass er sich bei seinem Bericht vor allem auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gestützt habe. Diese seien auch von den Gutachtern des Zentrums E.____ berücksichtigt worden, die jedoch die Angaben der Beschwerdeführerin einer Würdigung unterzogen und darauf hingewiesen hätten, dass sich eine Schmerzangabe von mindestens 9 auf der VAS nicht mit dem unauffälligen, nicht leidenden Verhalten der Beschwerdeführerin während der Anamneseerhebung vereinbaren lasse. Organische Unfallfolgen lägen nicht mehr vor (E. 4.3). Für über den 31. Januar 2018 hinaus bestehende Beeinträchtigungen treffe die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht (E. 4.5).

Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 4.

4.1

Ein am 13. August 2018 durch Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie, durchgeführtes MRI der Halsweichteile ergab folgende Beurteilung (Urk. 9/M48): Es liege kein wesentlicher, klinisch relevanter Befund im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Halsweichteile, der oberen Thoraxapertur und des rechten Plexus brachialis vor, jedoch eine schwere glenohumerale Arthrose rechts mit Knorpelläsionen des Humeruskopfes bis zu Grad IV bei einem Status nach Osteosynthese einer Fraktur des Collum anatomicum humeri. 4.2

Mit Bericht vom 28. August 2018 (Urk. 9/M50) hielt Dr. B. ___ fest, ein Schulterröntgen beidseits gleichen Datums habe rechts ein glenohumeral zentriertes Gelenk, einen normal weiten glenohumeralen Gelenkspalt, eine allgemeine Osteopenie im Bereich des Humeruskopfes und der Metaphyse und kranialen Diaphyse ergeben. Ein Bizepsbutton liege regulär intramedullär in der kranialen Humerus diaphyse nach subpektoraler Bizepsstenodese. Es finde sich ein kleiner kaudaler Osteophyt am Humeruskopf und ein Acromion Typ I nach Bigliani (S. 2).

Die rechte Schulter zeige eine gute aktive und passive Mobilität. Die Schmerzen seien auch nach multiplen Behandlungen in der Schmerzklinik unverändert. Eine Omarthrose schein nicht die Ursache der beklagten Schmerzen im Bereich der rechten Schulter zu sein. Auch konventionell radiologisch zeige sich ein normal weiter glenohumeraler Gelenkspalt. Aus diesem Grund empfehle er ausdrücklich nicht die Implantation einer anatomischen Schulter-Teilprothese (S. 2). 4.3

Mit Bericht vom 5. November 2019 (Urk. 9/M57) hielt Dr. B. ___ fest, anamnestisch befänden sich die Schmerzen rechts weiterhin im anterioren Bereich des Humerus auf Höhe des Sulcus

bicipitalis und im Frakturbereich (S. 1). Beide Schultern seien nach einer Hyaluronsäure-Injektion persistierend schmerzhaft (S. 2). 4.4

Prof. Dr. med. I. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt als beratender Arzt der Beschwerdegegenerin mit Stellungnahme vom 18. Januar 2021 (Urk. 9/M65) fest, bei der diagnostizierte n schweren glenohumeralen Arthrose rechts mit Knorpelläsionen des Humeruskopfes bis zu Grad IV bei einem Status nach Osteosynthese einer Fraktur des Collum anatomicum

humeri handle es sich möglicherweise um eine Spätfolge des Unfalls vom 22. Dezember 2015 (S. 1 Ziff. 2-3). In Zusammenschau der Aktenlage seien die Beschwerden der rechten Schulter nur partiell erklärbar und fachorthopädisch überwiegend nicht einem klinischen oder radiologischen Befund zuordenbar. Sicherlich seien Beschwerden nach einem schweren Schultertrauma mit Fraktur und osteosynthetischer Versorgung im klinischen Alltag häufig zu beobachten. Es bestünden aber immer wieder Schmerzzustände, die sich weit stärker darstellten als die klinischen und radiologischen Befunde dies erklären lassen würden. Diese Beschwerden könnten unterschiedlicher Natur sein. Die Erklärungsmodelle für diese Beschwerden entzögen sich dann der fachorthopädischen Beurteilung. So schein dies auch im vorliegenden Fall zu sein (S. 2). Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (Ziff. 2). 4. 5

Am 29. Juni 2021 erstattete Prof. I. ___ unter Berücksichtigung der Bildgebung ein Aktengutachten (Urk. 9/M66) und führte aus, am 31. Mai 2016 habe sich bildgebend ein Status nach operativer Intervention mit Platte in situ gezeigt. Das Schultergelenk sei zentriert, der Subacromialraum unauffällig (S. 90). Im Vergleich dazu habe sich am 1. Dezember 2017 bildgebend eine craniale Migration des Humeruskopfes mit Dezentrierung glenohumeral und engem Subacromialraum gezeigt. Eine arthrotische Veränderung sei nicht zu sehen (S. 91). Auch im Szintigramm vom gleichen Datum finde sich keine vermehrte Stoffwechselaktivität. Es zeige sich szintigraphisch kein Anhalt auf eine arthrotische Degeneration glenohumeral (S. 92). In den Röntgenaufnahmen vom 11. April 2017 finde sich weiterhin ein gut einsehbarer glenohumeraler Gelenkspalt. In der Knochenstruktur fänden sich Knochennarben bei Status nach Fraktur und Osteosynthese.

Die äussere humerale Kontur und das Glenoid seien glatt berandet (S. 93).

Die Befundung vom 13. August 2018 (vgl. vorstehend E. 4.1) könne nicht nachvollzogen werden. Es handle sich um einen Oberkörper-Scan ohne Fokus auf die Schulter. Eine detaillierte Beurteilung der glenohumeralen Knorpelverhältnisse sei auf dem Boden der Ausschnittwahl (Oberkörper) im Vergleich zu einem rein auf das Schultergelenk fokussierten MRT nicht seriös möglich. Das Schultergelenk werde beim bildfüllenden Einzoomen zu grobauflösend. Die Knorpelschicht werde nach dem Einzoomen zu grobschollig zur Darstellung gebracht, um die Knorpelverhältnisse gut sehen oder seriös beurteilen zu können (S. 95). Auch der Röntgenbefund vom 28. August 2018 spreche gegen das Vorliegen einer glenohumeralen Arthrose grösseren Ausmasses (S. 97)

Prof. I. ____

hielt fest, gestützt auf die vorhandenen Befunde und radiologischen Bilder bestehe keine schwere Arthrose. Die Frage der Kausalität sei nicht zu beantworten (S. 97). 5. 5.1

Das hiesige Gericht hielt in seinem Urteil vom 7. Januar 2020 gestützt auf das E. ____ -Gutachten vom 21. Dezember 2017 (vgl. vorstehend E. 3.10) fest, es habe sich spätestens Ende 2017 kein organisches Korrelat für die verbleibenden Schmerzen mehr gefunden (vorstehend E. 3.13). Bereits in diesem Gutachten wurde eine Arthroseentwicklung im rechten Schultergelenk verneint. Es konnte keine unfallbedingte Einschränkung im Sinne einer unfallbedingt entstandenen Arthrose oder Verschlimmerung einer Arthrose objektiviert werden (vgl. vorstehend E. 3.10). Dass lediglich 8 Monate später im August 2018 eine schwere Arthrose vorgelegen haben soll, erscheint deshalb als sehr fraglich. Aus medizinischer Sicht liess sich dies denn auch nicht bestätigen: Der behandelnde Dr. B. ____ nannte in seinen Berichten nach Berücksichtigung eines Röntgenbildes vom 28. August 2018 keine, geschweige denn eine schwere, Arthrose (vgl. vorstehend E. 4.2-4.3).

Prof. I. ____ legte in seinem Aktengutachten (vgl. vorstehend E. 4.3) nachvollziehbar, detailliert und schlüssig dar, dass die gestützt auf das MRI vom 13. August 2018 verfasste Befundung nicht nachvollzogen werden kann, da aufgrund dieser Bildgebung eine detaillierte Beurteilung der glenohumeralen Knorpelverhältnisse zu ungenau ist. Er hatte die Bilder auch dem Chefradiologen des Spitals J. ____

gezeigt, der ebenfalls keine Befunde habe erkennen können (S. 94). In Übereinstimmung mit Dr. B. ____ verneinte auch Prof. I. ____

gestützt auf die gesamte Aktenlage und die dokumentierten, radiologischen Bilder das Vorliegen einer schweren Arthrose (vgl. vorstehend E. 4.5).

5.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 2.2) geht nach dem Gesagten die Diagnose einer schweren Arthrose nicht aus der Bildgebung hervor.

Es muss gestützt auf die Ausführungen von Prof. I. ____

gar von einer erheblichen Ungenauigkeit und Ungeeignetheit der massgebenden Röntgenaufnahme für die behauptete Diagnose gesprochen werden, die somit einen solchen Schluss nicht zulässt. Auf das Aktengutachten von Prof. I. ____ ist abzustellen: Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte

(sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin reichte denn auch keine ärztliche Beurteilung ein, die diejenige von Prof. I. ___ in Zweifel ziehen könnte. 5.3

Bei dieser Sachlage war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, ein weiteres Gutachten einzuholen, denn es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Dieser Nachweis gelingt der Beschwerdeführerin nicht, weshalb der Entscheid zu ihren Ungunsten ausfällt (vgl. vorstehend E. 1.4). 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der am 16. Oktober 2018 geltend gemachten Beeinträchtigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder ein Rückfall noch Spätfolgen zum Unfall vom 22. Dezember 2015 vorliegen.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrLienhard

E. 8

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

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